

**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Estratégias não farmacológicas no alívio da dor da
parturiente: a efetividade da hidroterapia**

Filipa Margarida Torrão da Luz Neto Lopes

Lisboa

2018



**Mestrado em Enfermagem
de Saúde Materna e Obstetrícia**
RELATÓRIO DE ESTÁGIO

**Estratégias não farmacológicas no alívio da dor da
parturiente: a efetividade da hidroterapia**

Filipa Margarida Torrão da Luz Neto Lopes

Orientador: Prof.^a Alexandra Tereso

Lisboa
2018

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia é em si mesmo o fim e o início de um percurso, no qual nunca estive só. Quero desta forma expressar um profundo e sincero agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a sua realização.

Ao meu marido e aos meus filhos, Marco, Francisca e Gonçalo, pelo carinho, pelo apoio e pela compreensão que sempre demonstraram.

Aos meus pais pelo apoio, força e motivação que sempre me transmitiram.

À docente, orientadora do meu percurso, Sr.^a Professora Alexandra Tereso, pela sua compreensão, disponibilidade, perseverança, incentivo e competência demonstrada.

Às docentes do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e às Enfermeiras Orientadoras dos locais de estágio, que fizeram parte do meu percurso, pela partilha de conhecimentos, de experiência, pela disponibilidade e dedicação.

Às minhas colegas Andreia e Rita, pelo companheirismo, apoio e amizade.

Às minhas colegas de trabalho pela sua compreensão e apoio.

À Sra. Enfermeira Especialista em Saúde Materna e Obstetrícia Lurdes Costa que sempre confiou nas minhas capacidades e me incentivou a prosseguir com este sonho.

A todas as mulheres e famílias a quem prestei cuidados neste percurso, que me permitiram crescer e partilhar consigo momentos tão importantes das suas vidas.

LISTA DE SIGLAS/ABREVIATURAS

ACN - Active Citizenship Network

ACNM – American College of Nurse - Midwives

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists

APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor

APEO – Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras

BCF – Batimentos Cardíacos Fetais

BP – Bloco de Partos

CMESMO- Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

CPPP – Curso de Preparação para o Parto e para a Parentalidade

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGES – Direção Geral do Ensino Superior

DGS – Direção Geral da Saúde

EBE – Enfermagem Baseada na Evidência

EDIN - Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né

EEESMO - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

EN – Escala Numérica

ENF^a - Enfermeira

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EVA – Escala Visual Analógica

EVS – Escalas Verbais Simples

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

FCF – Frequência Cardíaca Fetal

HAP – Hospital de Apoio Diferenciado

HAPD – Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IASP – International Association for the Study of Pain

ICM – International Confederation of Midwives

MCEESMO – Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia

NICE – National Institute for Health Care Excellence

NOC – Norma de Orientação Clínica

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBE – Prática Baseada na Evidência

R.N. – Recém-nascido

SUOG – Serviço de Urgência Obstétrica e Ginecológica

TENS - Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

TP – Trabalho de Parto

UC – Unidade Curricular

UI&DE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

WHO – World Health Organization

WRA – White Ribbon Alliance

RESUMO

Desde a década de 80 que têm sido realizados esforços para a promoção do parto normal e humanizado. A conceitualização do parto como uma experiência positiva é definida pela WHO (2018) como aquela que vai ao encontro ou excede as convicções e expectativas da mulher e que inclui o nascimento de um bebé saudável, num ambiente clínica e psicologicamente seguro, sob o apoio emocional de um acompanhante e de profissionais de saúde motivados, gentis e tecnicamente competentes. Num modelo de cuidados intraparto sustentado nesta premissa, a gestão da dor, através da mobilização de estratégias não farmacológicas, emerge como um elemento fulcral. Integrada neste conjunto de medidas, a hidroterapia destaca-se como um recurso de excelência pelos seus inúmeros benefícios não só no que diz respeito ao relaxamento e alívio da dor que proporciona, mas também à promoção da normal evolução do trabalho de parto, conferindo à utente uma sensação de conforto, prazer e autocontrolo (Lowdermilk & Shannon , 2016). Considerando o controlo da dor como um direito da parturiente e um dever do profissional de saúde, a avaliação da efetividade das medidas implementadas, constitui-se como um cuidado essencial, inerente não só ao processo de Enfermagem, mas também a uma Prática de Enfermagem Avançada, baseada na melhor evidência disponível.

Adotando como quadro de referência a teoria do conforto holístico de Katherina Kolcaba, o presente relatório, teve como finalidade apresentar uma análise crítica das competências desenvolvidas (e das atividades realizadas) no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, inserida no 8º Curso de Mestrado de Saúde Materna e Obstetrícia da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Na ótica de uma prática baseada na evidência, a identificação e mobilização da evidência mapeada sobre a utilização da hidroterapia no alívio da dor da parturiente, revelou-se essencial para a sua implementação e para a avaliação da sua efetividade. Nesse sentido procedi a uma *Scoping Review* definindo, segundo a mnemónica PCC (P - População, C - Conceito, C - Contexto), a seguinte pergunta de pesquisa: Quais os efeitos da hidroterapia no alívio da dor durante o primeiro estágio do trabalho de parto?

Da revisão efetuada, destacou-se o efeito positivo da hidroterapia. Sob a forma de imersão, os estudos enfatizaram a sua ação benéfica sobre: as respostas

neuroendócrinas que influenciam o processo psicofisiológico do trabalho de parto, a ansiedade, os níveis de cortisol e as beta-endorfinas promotoras de relaxamento (Benfield, et al., 2010; Silva, Oliveira, & Nobre, 2009). Sob a forma de duche, os resultados enaltecem a diminuição dos níveis de cortisol (Henrique, A.J., Gabrielloni, M.C. & Rodney, P., 2018) e o seu efeito rápido, mas de curta duração, no alívio da dor e o fato de não terem efeitos secundários associados (Lee, Liu, & Gau, 2013; Sark, 2017).

Palavras-chave: hidroterapia; gestão da dor; primeiro estágio do trabalho de parto

ABSTRACT

Since the 1980s, efforts have been made to promote normal and humanized delivery, in which the woman / fetus and family play a central and active role. In this context the conceptualization of childbirth emerged as a positive experience that is convictions and expectations of women and which includes the birth of a healthy baby in a clinical and psychological safe environment, with the emotional support of a companion and motivated, kind and technically competent health professionals. In a model of intrapartum care based on this premise, pain management, through non-pharmacological strategies, emerges as a key element. Integrated in this set of measures, hydrotherapy stands out as a resource of excellence for its innumerable benefits not only in terms of relaxation and pain relief it provides, but also in promoting the normal evolution of labor, conferring a feeling of comfort, pleasure, and self-control (Lowdermilk & Shannon, 2016). Considering the control of pain as a right of the parturient and a duty of the health professional, the evaluation of the effectiveness of the implemented measures constitutes an essential care, inherent not only to the Nursing Process, but also to an Advanced Nursing Practice, based on the best evidence available.

Taking as a frame of reference the theory of holistic comfort of Katherina Kolcaba, the purpose of this report was to present a critical analysis of the skills developed (and of the activities carried out) within the scope of the Internship with Report, inserted in the 8th Master's Degree in Obstetric Nursing and Maternal Health.

From the perspective of an evidence-based practice, the identification and mobilization of existing evidence on the use of hydrotherapy to relieve parturient's pain has proved to be essential for understanding, implementing and evaluating its effectiveness. In this sense I proceeded to a Scoping Review, defining, according to the mnemonic PCC (P - Population, C - Concept, C - Context), the following research question: What are the effects of hydrotherapy on pain relief during the first stage of labor?

From the review carried out, the positive effect of hydrotherapy was highlighted. In the form of immersion, studies have emphasized its beneficial action on: neuroendocrine responses that influence the psychophysiological process of labor, anxiety, cortisol levels, and relaxation-promoting beta-endorphins (Benfield, et al. 2010; Silva, Oliveira, & Nobre, 2009). In the form of a shower, the results praised the

decrease in cortisol levels (Henrique, Angelita et al 2018) and their short but rapid effect on pain relief and the fact that they do not have associated side effects (Lee, Liu, & Gau, 2013; Stark, 2017).

Keywords: hydrotherapy; pain management; labor, first stage

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
PARTE I – CONTRIBUTOS DA HIDROTERAPIA PARA A GESTÃO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO	14
1. CUIDAR DURANTE O TRABALHO DE PARTO NORMAL/NATURAL	14
1.1. A dor da parturiente: valorização, diagnóstico, avaliação e registo	19
1.2. A gestão da dor através do recurso a estratégias não farmacológicas: um direito das parturientes e um dever dos enfermeiros obstetras.....	24
2. A EFETIVIDADE DA HIDROTERAPIA PARA A GESTÃO DA DOR NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TP	28
3. O CONFORTO HOLÍSTICO E AS EXPERIÊNCIAS DAS PARTURIENTES NA GESTÃO DA DOR	33
PARTE II – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO.....	36
1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	36
2. DESENVOLVIMENTO DE UMA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA ..	39
2.1. Mapeamento de evidência científica.....	39
2.2. Mobilização da evidência científica no percurso efetuado	48
2.2.1 Integração da evidência mapeada no âmbito do contexto da prestação de cuidados especializados à grávida/parturiente/família	50
2.2.2 Atividades de produção e divulgação de conhecimento no âmbito do percurso efetuado.....	50
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CIENTÍFICAS, TÉCNICAS, ÉTICAS E RELACIONAIS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PARTURIENTE/FETO/RN, INSERIDOS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, COM FOCO NA HIDROTERAPIA COMO MÉTODO NÃO FARMACOLÓGICO PARA O CONTROLO DA DOR DURANTE O 1º ESTÁDIO DO TP.	53
3.1. Promoção da saúde da parturiente e a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.....	53

3.2. Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido.....	60
3.3. Prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto	65
3.4 Concretização dos requisitos preconizados pela diretiva da união europeia (art.º 27 da diretiva 89/594/CEE de 30 de outubro de 1989)	68
5.CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DO PERCURSO DESENVOLVIDO	71
6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA	73
PARTE III - CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
APÊNDICES	
APÊNDICE I - Objetivos preconizados para a UC Estágio com Relatório	
APÊNDICE II - Protocolo da <i>Scoping Review</i>	
APÊNDICE III - Resumo da Estratégia de Pesquisa	
APÊNDICE IV - Fluxograma de Pesquisa	
APÊNDICE V - Resumo dos estudos identificados na <i>Scoping Review</i>	
APÊNDICE VI - Planeamento da norma: Hidroterapia: Aplicação externa de água através de duche para alívio da dor no 1º estágio do trabalho de parto	

ÍNDICE DE FIGURAS E QUADROS

Quadro 1- Benefícios associados à hidroterapia sob a forma de banho de imersão	29
Quadro 2 – Questão PCC.....	40

INTRODUÇÃO

A realização deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO), da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Tendo sido elaborado sob a orientação da Sra. Professora Alexandra Tereso, pretende refletir o percurso de aprendizagem por mim realizado, descrevendo e analisando as atividades e as competências desenvolvidas. A sua realização e posterior discussão pública permitir-me-á concluir a UC mencionada, a obtenção do título de Enfermeiro Especialista e do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia.

O estágio decorreu em dois contextos diferentes. De 5 a 16 de março de 2018 estagiei numa Unidade de Obstetrícia de um Hospital de Apoio Perinatal (HAP) da região norte, mais especificamente no serviço de Bloco de Partos (BP). Num segundo momento, estagiei num Hospital de Apoio Perinatal Diferenciado (HAPD), da região de Lisboa e Vale do Tejo, no serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (SUOG) e no BP, entre 19 de fevereiro e 9 de junho de 2018. O percurso realizado teve como finalidade “desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à mulher/RN/família, durante os diferentes estádios do trabalho de parto, puerpério e período neonatal”¹. Foi também nesta UC que, indo ao encontro da finalidade supramencionada, implementei o meu projeto individual, constando neste relatório os objetivos e atividades realizadas nesse âmbito.

O parto corresponde a um evento marcante na vida de uma mulher e da sua família. A otimização da experiência de parto para a mulher e família, por intermédio de uma abordagem holística, sustentada nos direitos humanos e numa prática de cuidados centrada na pessoa, configura-se como a essência da “arte” do cuidar em obstetrícia (WHO, 2018). A par com outros fatores que integram um modelo de cuidados intraparto que se sustente nesta premissa, encontra-se o alívio da dor da parturiente. A dor, instituída como 5º sinal vital, implica a consideração da sua prevenção, avaliação e controlo enquanto um dever dos profissionais e um direito das parturientes, sendo fundamental para a humanização dos cuidados de saúde (OE, 2008). Neste âmbito a utilização de medidas não farmacológicas surge como um

¹ UNIDADE CURRICULAR ESTÁGIO COM RELATÓRIO. Documento Orientador da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Prof.ª Mª Anabela Ferreira dos Santos. Ano Letivo 2017 – 2018.

recurso de qualidade que favorece a evolução normal do trabalho de parto (TP), conferindo à utente uma sensação de autocontrolo e o desempenho de um papel ativo (Lowdermilk & Shannon , 2016). Entre as várias medidas, elegi a hidroterapia como foco da minha atenção. Esta opção sustentou-se em vários aspetos. Por um lado, ao longo da minha experiência pessoal e profissional, constatei não só a satisfação das parturientes que recorreram à hidroterapia para o alívio da dor e obtenção de conforto no TP, como também a perceção favorável dos EEESMOS relativamente à sua implementação. Por outro lado, dos estudos a que fui acedendo durante este percurso de aprendizagem, a hidroterapia emergiu como sendo a estratégia com o efeito mais notório e com efetividade comprovada no alívio da dor e na otimização da experiência de parto da mulher/feto e família. Para além destes aspetos, a hidroterapia destaca-se de entre as restantes estratégias, pela sensação de prazer, relaxamento e autocontrolo que proporciona, potenciando o desempenho de um papel mais ativo e autónomo por parte da parturiente.

A hidroterapia é definida pelos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS, 2018), como a aplicação externa da água para fins terapêuticos, com especial ênfase na temperatura e no movimento da água. Podendo a hidroterapia ser implementada sob a forma de imersão ou duche, a minha atenção centrou-se nesta última forma de aplicação. O duche terapêutico, a par com a evidência existente sobre os seus benefícios, é a medida que se encontra mais disponível e acessível às parturientes nas unidades de saúde nacionais e é a medida que exige menos recursos humanos e materiais. Na minha prática profissional constatei ainda que a sua utilização não está uniformizada, que não existem normas orientadoras sobre a mesma e que não é visível a divulgação da evidência científica que a sustenta. De forma a ampliar os meus conhecimentos e possibilitar a minha atuação como agente de mudança ao nível desta realidade, estagiei na única unidade de saúde nacional onde, atualmente, esta medida é proporcionada, quer sob a forma de duche quer sob a forma de imersão, no alívio da dor da parturiente, no primeiro estágio do TP.

Sendo o enfermeiro especialista aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº 122/2011, p. 8648),

este assume-se como o elemento preferencial na prática assistencial do cuidar. No âmbito da saúde materna, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (EEESMO) corresponde ao profissional de referência para a mulher/família, sendo a essência da filosofia de cuidados “fortemente enraizada num modelo assistencial em que o EEESMO/Parteira trabalha em parceria com a Mulher” (OE, 2015, p.7).

Como linhas orientadoras deste percurso de aprendizagem destaco:

- O regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 122/2011, 2011);
- O regulamento de competências específicas do EEESMOG (Regulamento nº 127/2011, 2011);
- As competências da International Confederation of Midwives (ICM,2013)
- As recomendações da World Health Organization (WHO, 2018) relativas ao cuidado intraparto promotor de uma experiência de parto positiva para a parturiente/família;
- O modelo de cuidados intraparto, definido pela WHO (Oladapo, *et al.*, 2018);
- O documento orientador da UC Estágio com Relatório.

Todas as atividades realizadas e aprendizagens/ competências desenvolvidas, descritas neste relatório tiveram como intuito não só atingir os objetivos a que me propus (Apêndice I), mas também ir ao encontro aos descritores de Dublin relativos ao 2º ciclo de estudos, cuja consecução possibilita a obtenção do Grau de Mestre.

Este relatório encontra-se estruturado em três partes. Na primeira parte apresento o enquadramento teórico, a evidência científica que sustenta o meu percurso e o modelo teórico que lhe serviu de referência. A segunda parte refere-se à análise crítica do percurso de desenvolvimento de competências. Faço ainda menção às considerações éticas, às limitações do percurso desenvolvido e às implicações para a prática. Por último apresento as considerações finais e as referências bibliográficas.

PARTE I – CONTRIBUTOS DA HIDROTERAPIA PARA A GESTÃO DA DOR DURANTE O TRABALHO DE PARTO

1. CUIDAR DURANTE O TRABALHO DE PARTO NORMAL/NATURAL

O parto corresponde a um acontecimento único na vida da mulher/família, sendo em simultâneo o início de uma nova fase de vida para os envolvidos e o culminar de um processo que muitas vezes se inicia antes da gravidez. Ao longo da história, o conceito de parto foi sofrendo sucessivas alterações. No início do século XX o parto, outrora considerado um processo natural “privado, íntimo e feminino” (Wolff & Vasconcelos, 2004, p. 280), passou a ser vivido de forma pública e institucionalizada. O parto deixou de ser considerado um acontecimento fisiológico, vivido em ambiente domiciliar, sob a assistência de uma parteira, para passar a ser um procedimento medicalizado, centrado na figura do médico e ensombrado pelo risco (Sousa, Assis, Bezerra, Neve, & Oliveira, 2018).

À semelhança do que se verificou noutras áreas da saúde, também na área da obstetrícia foram várias as implicações do modelo biomédico. São inegáveis as suas repercussões não só ao nível da produção do conhecimento, mas também na gestão e organização dos sistemas e unidades de saúde, na qualidade dos cuidados, no controlo da infeção, na gestão de risco e na formação dos profissionais (Guedes, Nogueira, & Camargo Jr. , 2006; Fertoni, Pires , Biff & Scherer , 2015). Foi com base na evolução das práticas médicas e hospitalares, dos avanços técnico-científicos e da formação dos profissionais, que se tornou possível a diminuição das taxas de morbilidade e de mortalidade, sobretudo em situações de prematuridade (Silva, Christoffel, & Souza, 2005).

De acordo com Barros (2002), no âmbito da saúde da mulher realçam-se os contributos do modelo para a redução das taxas de mortalidade e morbilidade materna, fetal e neonatal, para o tratamento/alívio da dor, para a especialização dos profissionais de saúde, para o diagnóstico e prevenção de complicações maternas e fetais/neonatais e para a valorização de meios tecnológicos tais como a ecografia e a

cardiotocografia (mesmo que, por vezes, usados de forma injustificada), “a inclusão de rotinas cirúrgicas no parto, como a episiotomia e o fórceps profilático” (Wolff & Vasconcelos, 2004, p. 281) e o parto por cesariana.

A este modelo está também associado um distanciamento da compreensão da pessoa enquanto ser holístico e dos aspetos psico, sociais, culturais, espirituais e ético-morais implicados na vivência do processo saúde-doença (Fertonani, Pires, Biff, & Scherer, 2015). Com a medicalização do parto, a parturiente foi perdendo protagonismo, emergiu o desrespeito pelo princípio da autodeterminação, a generalização dos cuidados de saúde, muitas vezes sustentados em protocolos institucionais pouco flexíveis e individualizados e uma intervenção por vezes excessiva, em situações consideradas de baixo risco obstétrico (Wolff & Vasconcelos, 2004).

Nos finais do século XX o debate e a reflexão crítica sobre o modelo assistencial à mulher/família tomaram lugar e deram visibilidade à relação custo-benefício associado aos modelos intervencionistas e ao uso rotineiro de procedimentos e de tecnologia e à sustentabilidade do sistema e das unidades de saúde (Pinheiro, 2016). Nesta procura de mudança de paradigma, a promoção de sistemas de saúde com ênfase na saúde comunitária e na filosofia dos cuidados centrados na pessoa e em parceria e o desenvolvimento do modelo psicoprofilático e da intervenção pré-natal ao nível da preparação para o parto tiveram um impacto considerável. Ao nível do contexto socioeconómico e político destacam-se também como aspetos influentes, alguns movimentos sociais que reivindicavam a reforma dos sistemas de saúde, a igualdade de género, a rutura com a sociedade de consumo e o respeito pelos direitos humanos (Pinheiro, 2016). Ao nível ambiental destacam-se os movimentos pacifistas e a sua ação em prol da valorização dos processos naturais no ciclo de vida (Pinheiro, 2016).

De acordo com a WHO (2018), nas últimas duas décadas constatou-se um aumento substancial das intervenções durante o TP ao “iniciar, acelerar, terminar, regular ou monitorizar o processo fisiológico do trabalho de parto, com o objetivo de melhorar os resultados para mulheres e bebés.” (p.1). Este intervencionismo tende a desvalorizar a própria capacidade da mulher e afeta negativamente a sua experiência de parto (WHO, 2018).

Na procura da promoção do parto normal e da redução da medicalização do processo foram levadas a cabo várias iniciativas quer a nível nacional quer internacional. Foram desenvolvidas novas recomendações, enfatizando a importância de uma experiência de parto positiva e uma filosofia de cuidados centrados na pessoa. Em abril de 1985, resultante da evidência discutida na conferência organizada pela WHO e Organização Panamericana de Saúde, no Brasil, denominada “*Appropriate Technology for Birth*”, foi elaborada a Carta de Fortaleza, na qual constam um conjunto de recomendações para o parto que serviram de inspiração para várias mudanças na prática assistencial (Pinheiro, 2016). Nesta foi feito um forte apelo à defesa dos direitos das mulheres, foi recomendada a sua participação na avaliação dos programas e foi defendida a liberdade de posições durante o parto, a presença do acompanhante, a não realização de enemas, tricotomia e amniotomia e a não realização rotineira da episiotomia e da indução do TP (Pinheiro, 2016). Foi com base na carta de Fortaleza que, em 1996, a WHO, elabora um guia prático designado “*Safe motherhood. Care in normal birth: a practical guide*” no qual, para além da definição de parto normal, são identificadas as práticas mais vulgarmente utilizadas no TP e estabelecidas algumas normas de boas práticas para a condução do mesmo, em situações de baixo risco obstétrico. Neste guia é definido como parto normal,

parto de início espontâneo, de baixo risco no início, mantendo-se assim até ao nascimento. A criança nasce espontaneamente em apresentação cefálica, de vértice entre as 37 e as 42 semanas completas de gravidez. Depois do parto a mãe e o bebé apresentam-se em boa condição (WHO, 1996, p. 4).

Esta é a definição adotada por outras entidades como a Ordem dos Enfermeiros (OE) e a Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (APEO). Já a Federação de Associação de Matronas de Espanha (FAME, 2006), define parto normal como um processo fisiológico único com o qual a mulher termina a gravidez de termo e no qual fatores psicológicos e socioculturais estão envolvidos. O seu início é espontâneo, desenvolve-se e termina sem complicações, culminando com o nascimento e sem envolver mais intervenção do que o apoio integral e respeitoso do mesmo (FAME, 2006).

Em Portugal, surge em 2012 um projeto designado “Pelo direito ao parto normal: uma visão partilhada”, elaborado pela OE e APEO em colaboração com o *International Council of Nurses*. Este projeto teve como objetivo “construir um consenso sobre

conceitos, princípios e práticas promotoras de um parto normal entre os grupos de profissionais diretamente envolvidos na assistência ao parto” (OE & APEO, 2012, p.9). Este consenso reflete a informação obtida, com base na evidência científica analisada pelos envolvidos, relativamente à definição de parto normal e critérios subjacentes, princípios a defender e as práticas promotoras do mesmo. Segundo este documento, poderão ser incluídas nesta classificação de parto normal, algumas intervenções, desde que “não implementadas por rotina, mas suportadas pela evidência científica, com o fim de facilitar a progressão do trabalho de parto e parto vaginal” (OE & APEO, 2012, p.18). Nestas integra-se a rutura artificial de membranas (desde que não seja realizada com o intuito de induzir o TP), a monitorização fetal contínua, o controle da dor com recurso a medidas farmacológicas e não farmacológicas, as correções de distocias dinâmicas, a episiotomia justificada por causa materna ou fetal, conduta ativa no 3º estágio de TP, parto com complicações *minor* e administração profilática de antibioterapia para prevenção da infeção neonatal. Por sua vez são excluídas as situações em que ocorra indução de TP, parto distócico ou anestesia geral (OE & APEO, 2012). Define-se por parto eutócico, o “nascimento em apresentação cefálica de vértice, por via vaginal, sem recurso a instrumentos” (OE&APEO, 2012, p. 18). Todas as restantes situações correspondem a partos distócicos. Ainda no mesmo documento, define-se o conceito de parto natural, correspondendo ao “parto de início e progressão espontâneos, culminando num nascimento espontâneo, sem qualquer intervenção” (OE & APEO, 2012, p. 18). Este poderá ainda ser assistido ou não assistido, mediante o acompanhamento ou não de um profissional de saúde.

Graça (2017) define o TP como “o conjunto de fenómenos fisiológicos que, uma vez postos em marcha, conduzem à dilatação do colo uterino, à progressão do feto através do canal de parto e à sua expulsão para o exterior” (p. 220). Leifer, na sua definição de TP, acrescenta ainda a expulsão da “placenta e membranas amnióticas” (Leifer, 2011, p.91). Não obstante o fato deste decorrer de um conjunto de alterações fisiológicas, o TP é também determinado por uma multiplicidade de fatores do foro psicoemocional, sociocultural e espiritual. Conforme descrito por Lowdermilk & Perry (2016), são pelo menos cinco os fatores que influenciam o processo de TP, sendo estes: o passageiro (feto e placenta), a passagem (canal de parto), a pressão (contrações), a posição da mãe e a resposta psicológica. Leifer (2011), citando Vanda Vusse (1999), identifica ainda, como fatores externos influentes, o local de

nascimento, a preparação para o parto, o apoio do profissional de saúde, os procedimentos e a presença do acompanhante durante o TP.

Convencionalmente o TP divide-se em quatro estádios, no entanto algumas entidades, como a American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) e a WHO, têm vindo a apresentar algumas alterações com o intuito de promover o parto normal, modificar o conceito de TP estacionário e reduzir assim a taxa de cesarianas. O primeiro estágio corresponde à fase de dilatação e apagamento do colo uterino, que decorre desde o início das contrações uterinas regulares até à dilatação completa. Este, por sua vez subdivide-se em duas fases: a fase latente e a fase ativa. A ACOG (2014), no consenso denominado “*Safe Prevention of the Primary Cesarean Delivery*”, recomenda que a dilatação cervical de 6 cm seja considerada o limiar para a fase ativa do parto. Por sua vez a WHO (2018) recomenda que o limiar da fase latente seja os 5 cm de dilatação cervical. Já a fase ativa corresponde a uma dilatação cervical mais rápida dos 5 cm à dilatação completa, não devendo ultrapassar uma duração de 12 horas nas nulíparas e 10 horas nas múltiparas. O segundo estágio, correspondente ao período expulsivo e decorre desde a dilatação completa à expulsão fetal. O terceiro estágio, correspondente à dequitação, inicia-se com a expulsão fetal e termina com a expulsão da placenta e das membranas fetais. O quarto estágio, designado como puerpério imediato, engloba as duas primeiras horas após o parto, nas quais se verifica a formação do globo de segurança de Pinard e a estabilização hemodinâmica.

Para além das alterações mencionadas, outras recomendações como a admissão da parturiente já em fase ativa (desde que assegurado o bem-estar materno-fetal), o apoio emocional contínuo, a liberdade de movimentos, a opção da mãe pelas posições no parto, a hidratação e a ingestão oral em TP, a presença do convivente significativo e a disponibilização de medidas farmacológicas e não farmacológicas para a gestão da dor, são recomendações partilhadas por várias entidades (FAME, 2010; OE & APEO, 2012; ACOG 2014 e 2017; WHO, 2018). Foi também motivada pela preocupação com a intervenção excessiva no TP e com a acentuada taxa de cesarianas, que a Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (MCEESMO) desenvolveu, em 2013, o projeto Maternidade com Qualidade. Este projeto surge como uma das respostas ao IV objetivo do Plano de Atividades do Colégio de ESMO, sendo este “garantir a segurança e qualidade dos cuidados através da efetiva regulação do exercício

profissional com a obtenção de mais e melhores cuidados de saúde” (MCEESMO, 2015, p. 1). Neste desafio, abraçado por várias unidades hospitalares, definiram-se como indicadores de evidência a hidratação/ingesta em TP; estímulo a posições não supinas; episiotomia e a sua utilização na prática clínica; amamentação na 1ª hora após o parto e a utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor no TP. Estas estratégias sustentam-se na assunção do TP como um processo fisiológico, proporcionando à mulher um papel mais ativo, contribuindo para que tome decisões informadas, para o seu grau de satisfação e para a qualidade e a segurança assistencial no parto. É nesse sentido que a WHO (2018) considera a “experiência positiva de parto” como o ponto final significativo” para todas as parturientes e a define como sendo aquela que cumpre ou excede as convicções e expectativas pessoais e socioculturais de uma mulher, incluindo dar à luz um bebé saudável num ambiente clinicamente e psicologicamente seguro, com continuidade de apoio prático e emocional de um (a) companheiro (a) de nascimento e pessoal clínico gentil e tecnicamente competente (traduzido de WHO, 2018, p.1).

1.1. A dor da parturiente: valorização, diagnóstico, avaliação e registo

Segundo a Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED), baseada na definição da International Association for the Study of Pain (IASP), “a dor é uma experiência multidimensional desagradável, envolvendo não só uma componente sensorial mas também emocional a que se associa a uma lesão tecidual concreta ou potencial, ou que é descrita em função dessa lesão” (APED, s.d, a, para.1). Instituída como o 5º sinal vital pela Circular Normativa Nº 09/DGCG de 14/06/2003, a dor, enquanto resposta a um estímulo físico ou mecânico, reveste-se de grande complexidade e subjetividade, sendo percecionada e expressa, perante o mesmo estímulo doloroso, de várias formas. Dor e TP são dois conceitos indissociáveis. Se por um lado a dor em TP é indesejada e receada, por outro esta encontra-se inevitavelmente associada à sua progressão. Assim sendo esta não deverá ser percecionada como negativa ou como resultado de um processo patológico, como noutras experiências de dor que vivenciamos ao longo da vida. Leifer (2011), identifica como premissas fulcrais para a compreensão da dor em TP: o fato de fazer parte de um processo normal e fisiológico; da sua origem ser conhecida; de haver tempo para

uma preparação prévia na qual se desenvolvem conhecimentos e capacidades para a sua gestão e de ser autolimitada.

De acordo com o IASP (2005), se por um lado a dor se configura como um indicador, para a parturiente e para os prestadores de cuidados, de que as contrações estão a ocorrer, por outro, esta poderá ser também um indicador de complicações como nas situações de descolamento de placenta e de rutura uterina. A dor e o comprometimento dos mecanismos de *coping* a esta associados, poderão estar na origem de alterações, que afetam a díade mãe/feto, como a hipocapnia e a acidose respiratória resultante da hiperventilação; aumento do débito cardíaco e da pressão sanguínea; aumento da secreção de catecolaminas maternas estando associado o risco de constrição útero-placentar; efeitos gastrointestinais como a estase gástrica e o aumento de secreções ácidas e os efeitos psicológicos, podendo causar a longo termo situações de stress emocional com repercussões severas quer ao nível da saúde mental da mãe, quer ao nível das relações familiares (IASP, 2005). No primeiro estágio do TP a dor advém das contrações uterinas e da sua ação no apagamento do segmento inferior do útero e dilatação do colo. O mecanismo da dor está associado à hipoxia miometrial (causada pela compressão dos grandes vasos que o irrigam), à compressão dos nervos do colo e do segmento inferior (causada pela contração dos feixes musculares) e ao estiramento do colo durante a dilatação e do peritoneu adjacente (Graça, 2017).

A experiência da dor envolve um conjunto de processos neurofisiológicos nos quais de incluem a transdução, a transmissão, a modulação e a perceção. Através da transdução, o estímulo nociceptivo percebido durante o TP pelos segmentos espinais, responsáveis pela enervação uterina, é convertido em impulso elétrico ao nível dos terminais nervosos que, por sua vez, são conduzidos ao Sistema Nervoso Central, nomeadamente à espinal medula (transmissão). Pela modulação são desencadeados mecanismos inibitórios ou excitatórios com o objetivo de alterar a transmissão da dor, sendo os neurotransmissores identificados nas vias descendentes a serotonina a noradrenalina e os opíodes endógenos. Ao nível do tálamo, ocorre a perceção da dor, sendo o cortex a estrutura responsável pela descriminação/especificação da experiência dolorosa (Walsh, 2012).

O próprio TP e o ambiente em que decorre, gera e está envolto num conjunto de emoções, expectativas, que desempenham um papel importante na forma com a

mulher percebe a dor, vivencia e lida com a dor. Sentimentos de medo, ansiedade e insegurança, experiências anteriores negativas, a fadiga, a fome, ausência de suporte emocional, a falta de confiança e empatia para com o prestador de cuidados, são aspectos que condicionam a experiência da dor.

A dor não só alerta a parturiente do início do TP como desempenha um papel crucial na cascata neuro-hormonal e da sua progressão (Walsh, 2012). Na sua presença, a ativação do sistema nervoso simpático determina um consequente aumento da tensão nos ligamentos uterinos e rigidez do cérvix e conduz à inibição da produção da ocitocina e das endorfinas, originado pelo aumento das catecolaminas, decorrente da intensa atividade adrenérgica. A ocitocina desempenha um papel importante de neuromodulação, ativando o sistema nervoso parassimpático de modo a promover a sensação de calma, inibindo consequentemente a ação do sistema simpático e a sensação de medo e stress. Não obstante a semivida da ocitocina ser curta, o fato de esta ser intermediária na neuromodulação, faz com que os seus efeitos possam ser prolongados. A ocitocina, no TP não só é a responsável pelas contrações uterinas rítmicas e pelo reflexo de Ferguson, como produz um efeito calmante e analgésico central quer para a mãe quer para o feto, estendendo-se a sua ação ao período do pós-parto. As beta-endorfinas, opióides endógenos, também representam um papel fundamental nas respostas adaptativas à dor e ao stress em TP, ativando a nível cerebral os centros de prazer, potenciando sensações de bem-estar e alívio da dor. Estas aumentam à medida que o TP progride e promovem a analgesia endógena, pelo aumento dos recetores centrais e pela alteração do estado de consciência, facilitando a gestão da dor e do stress. Neste âmbito realça-se que, se por um lado níveis muito baixos de beta endorfinas podem não proporcionar o alívio desejado da dor ou ativar o prazer/ sensação de bem-estar, por outro, os níveis elevados (que poderão ser causados por stress materno excessivo), podem inibir a ocitocina e interferir negativamente na evolução do TP. Em níveis ótimos (variáveis de mulher para mulher) promovem a redução da dor e a progressão do mesmo (Walsh, 2012).

Como mediadora das respostas fisiológicas à dor, destaca-se a ação da epinefrina e norepinefrina (Buckey, 2015). Paradoxalmente e de modo instintivo, a ação da epinefrina-noradrenalina ao nível subcortical, pode levar à não progressão/cessação do TP ou, opostamente, potenciar a sua evolução. Esta resposta designa-se por “*fight or flight*”. Na primeira situação, (*flight*), perante

sentimentos de insegurança, a sua ação conduz a inibição da libertação da ocitocina e, por conseguinte, a uma diminuição da contratilidade uterina. Por outro lado, no segundo estágio do TP, a ação da epinefrina e noradrenalina, pode estimular a contratilidade uterina e o designado reflexo de ejeção fetal, potenciando a progressão do TP, o estado de alerta e a produção de prostaglandinas (*fight*). O stress “saudável”, eustress, pode também elevar, a médio prazo, os níveis de cortisol até dez vezes, potenciando os efeitos centrais da ocitocina e por conseguinte a contratilidade uterina e os processos adaptativos e de apego (Buckley, 2015).

A teoria de controlo da dor, proposta em 1965 por Melzack e Wall, designada “*Gate-control theory of Pain*” vem realçar a importância da introdução de estímulos positivos que reduzam ou bloqueiem a capacidade das vias nervosas para a transmissão da sensação de dor ou desconforto, ao sistema nervoso central. Medidas de relaxamento, tais como a música, as massagens, a respiração, a hidroterapia, poderão encerrar um portão hipotético ao nível da espinal medula, pela sua ação ao nível cortical. A estimulação positiva, através dos sentidos, não irá proporcionar uma experiência livre de dor, mas ajudará a reduzir o desconforto. Realça-se, no entanto, que à medida que este progride, a dor associada pode aumentar o que implica a exigência de mecanismos cognitivos mais complexos que garantam a sua efetividade (Lowdermilk & Perry, 2011).

A equiparação da dor a 5º sinal vital impõe que, à semelhança do que se preconiza para os restantes 4 sinais vitais, esta seja valorizada na prática de cuidados, diagnosticada, avaliada e registada de forma regular e sistematizada. Esta atitude perante a dor é determinada pela Direção Geral da Saúde (DGS) como sendo uma “norma de boa prática” (OE, 2008, p.9). Segundo a APED (s.d, b), “tornando a dor visível não é possível ignorá-la, sendo imperioso estabelecer uma estratégia terapêutica adequada ao seu controlo, o que vai contribuir decisivamente para melhorar a qualidade de vida dos doentes e reduzir a morbilidade” (para.3). Martins (2003), enumera três dimensões interativas do fenómeno doloroso a valorizar no seu processo de diagnóstico e avaliação:

- A sensorial discriminativa (que permite caracterizar de forma precisa a intensidade, localização, duração e qualidade da dor);

- A motivacional-afectiva (que caracteriza a dor como sendo desagradável e determina diferentes respostas emocionais como o medo, a ansiedade, a depressão e gera comportamentos de fuga e/ou evitamento do estímulo doloroso);

- A cognitiva-avaliativa (valorização da dor em função das experiências anteriores, do contexto socioambiental, dos valores culturais e crenças, dos benefícios secundários e dos tipos de pensamentos ou actividade cognitiva).

A avaliação da dor revela-se essencial para o seu controlo efetivo. Como pressupostos dessa avaliação, a OE (2008), enuncia o reconhecimento de que a pessoa é o melhor avaliador da sua dor, acreditando e valorizando o seu auto-relato (quando asseguradas as suas funções cognitivas e capacidade de comunicação). A aplicação de escalas que permitam avaliar a dor da parturiente antes e depois da intervenção, consiste numa “forma objetiva de avaliar a efetividade das intervenções” (Lowdermilk & Perry, 2011, p. 404). As escalas classificadas como unidimensionais (caracterizando a dor de acordo com a sua intensidade), são segundo Martins (2003) de fácil utilização em obstetrícia, possibilitando realizar medições repetidas e estabelecer um controlo temporal e evolutivo da medida implementada para o alívio da dor. Por outro lado identifica-se como principal lacuna o fato de não considerarem a dor como conceito multifatorial, sendo insensíveis às possíveis variações das suas dimensões. De forma a colmatar essa lacuna poderão ser utilizados os métodos multidimensionais entre os quais se destacam os questionários de adjetivos. As principais escalas utilizadas são as escalas verbais simples (EVS) ou qualitativas, numéricas (EN), visual analógica (EVA) e de expressões faciais. Através destas escalas o utente, poderá situar a intensidade da sua dor sobre uma escala nominal (EVS) ou de intervalos (EN e EVA). Como principal vantagem da utilização de escalas qualitativas destaca-se a sua fácil compreensão. Quanto às escalas de intervalos, sendo mais difíceis de compreender por parte do utente, revelam-se mais sensíveis do que as anteriores, integrando vários níveis de intensidade da dor. Para a utilização dessas mesmas escalas é necessário ter presente que a escala utilizada deverá ser sempre a mesma e que o profissional de saúde deve assegurar que o utente compreende, correctamente, o seu significado e utilização (DGS, 2003).

A monitorização e registo realizado pelo EEESMO deve contemplar a resposta da mulher aos métodos adotados para a gestão da dor, incluindo “o nível de alívio da dor, o nível de apreensão, o retorno à sensação e perceção da dor e reações alérgicas

ou adversas” (Lowdermilk & Perry, 2011, p.408). Recomenda-se que este registo inclua também a história de dor aquando da avaliação inicial, a intensidade da dor no suporte de registo dos sinais vitais e as mudanças do plano terapêutico (OE, 2008). A documentação da dor deverá ser instiuída como uma prática sistemática e constante, permitindo garantir a continuidade de cuidados e a qualidade dos mesmos. A importância de um sistema de registos está enunciada nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, enaltecida não só ao nível da prática de cuidados diretos como também no que respeita à obtenção de dados para a avaliação da qualidade, análise epidemiológica e investigação (OE, 2008). O EEESMO partilha o dever e a responsabilidade de conceber, gerar e colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados na vertente da estrutura, processo e resultado (OE, 2010).

Atualmente, na grande maioria dos serviços de BP nacionais, a avaliação da dor encontra-se contemplada nos sistemas de registo de Enfermagem, constando quer no partograma (na maioria das vezes ainda em suporte papel), quer informaticamente no Processo de Enfermagem. Ao nível do partograma, a EN e a escla de faces são as mais utilizadas para a avaliação e registo da dor, sendo que a última se aplica a situações de comprometimento das funções cognitivas e da capacidade de comunicação. Já no registo informático, a escala de eleição é a numérica. Ambos os formatos de registo incluem, na sua avaliação inicial, a história da dor da parturiente e integram o registo das estratégias utilizadas para a gestão da dor em TP e a resposta da mulher perante a sua adoção.

1.2. A gestão da dor através do recurso a estratégias não farmacológicas: um direito das parturientes e um dever dos enfermeiros obstetras

“O controlo da dor é um dever ético dos profissionais de saúde, um direito dos doentes e uma condição indispensável à necessária humanização das unidades de saúde do País” (APED, s.d, b, para.3). O alívio da dor encontra-se implícito na Carta dos Direitos do Doente Internado, que enuncia o seu direito “a receber os cuidados apropriados ao seu estado de saúde, no âmbito dos cuidados preventivos, curativos, de reabilitação, terminais e paliativos” (DGS, s.d, p. 4). Também ao nível europeu, a Active Citizenship Network (ACN), apresentou a 15 de novembro de 2002, a Carta

Europeia dos Direitos dos Doentes, na qual consta no item nº 11 o “direito de evitar o sofrimento desnecessário e a dor” (ACN, 2002, p. 2). Com o intuito de delinear de que forma os direitos humanos estão implicados no processo de gravidez e nascimento, foi desenvolvido um documento, pela White Ribbon Alliance (WRA), denominado “Respectful Maternity Care: The Universal Rights Of Childbearing Women”, centrado nos aspetos interpessoais dos cuidados prestados às mulheres que procuram os serviços de maternidade. A WRA corresponde a uma organização não-partidária, não-governamental e sem fins lucrativos, criada em 1999, que visa promover a consciencialização pública sobre a necessidade de tornar a gravidez e o parto seguros para todas as mulheres e RN. Neste documento, enuncia-se o direito das parturientes ao respeito pela sua autonomia e autodeterminação, valorizando-se as suas opções e preferências, sendo tratadas com dignidade, recebendo a assistência médica atempada e de elevada qualidade (WRA, 2011). A gestão da dor inclui-se no conjunto de escolhas realizadas pela parturiente/acompanhante com o intuito de uma vivência positiva do seu TP. Sendo parte integrante do plano de parto este assume-se como uma ferramenta essencial para o profissional de saúde ir ao encontro da vontade expressa da mulher/família. Subjacente ao direito da autodeterminação do utente encontra-se também o seu direito a receber informação “completa, adequada e o mais possível imparcial, assente na melhor evidência disponível, relativamente aos cuidados que lhe venham a ser prestados, seus benefícios, prejuízos e alternativas” (OE & APEO, 2012, p. 20), de modo a que possa fazer as suas escolhas de forma livre e esclarecida.

Enquanto EEESMO, conceber, planear, implementar e avaliar “intervenções de promoção do conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos” e cooperar “com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor”, surgem com critérios de avaliação da Unidade de Competência H3.1, através da qual o EEESMO promove a saúde da mulher durante o TP e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina (Regulamento nº 127/2011, 2011).

O controlo da dor, definido pela OE como um “processo dinâmico de estratégias e / ou ações coordenadas, que têm por objetivo prevenir, avaliar e tratar a dor” (OE, 2008, p. 25), integra as recomendações de cuidados intraparto de várias entidades nacionais (OE, 2005, 2012; APED, s.d; OE & APEO, 2012) e internacionais (WHO, 2018; ACOG, 2016; NICE, 2014; FAME, 2006). A gestão da dor deve ser sempre

centrada na mulher, sendo da competência do EEESMO promover, em parceria com a mesma, a mobilização e gestão de medidas quer farmacológicas, quer não farmacológicas. Estes têm também o dever ético e legal de advogar uma mudança do plano de tratamento quando o alívio da dor for inadequado (OE, 2008).

Considerando o alívio da dor como um direito da parturiente e um dever dos enfermeiros obstetras, cabe às instituições e aos profissionais de saúde que nestas desempenham funções garantir a disponibilização das medidas necessárias. De acordo com a OE & APEO (2012), todas as grávidas devem poder contar com o recurso a métodos de alívio da dor em TP, assegurando-se a sua disponibilidade assim que solicitados pela parturiente e que o profissional de saúde os considere adequados. A par dos recursos materiais, revela-se também essencial que os profissionais de saúde sustentem a sua prática na melhor evidência disponível e a mobilizem, através da elaboração de normas que a orientem. Estes devem ainda refletir sobre a forma como as suas próprias crenças e valores influenciam a sua atitude perante a gestão da dor em TP (NICE, 2014)..

Mais do que tratar a dor, torna-se essencial abordar e trabalhar os mecanismos de coping para a sua gestão. A OE define como *coping* um “ajustamento que consiste em esforços cognitivos e comportamentais destinados a gerir (reduzir, minimizar, controlar ou tolerar) as exigências internas e externas de interação entre o indivíduo e o ambiente, que ameaçam ou ultrapassam os recursos da pessoa” (OE, 2008, p. 25). Recorrer a estratégias não farmacológicas implica contemplar a dor na sua vertente fisiológica e psicológica. A sua adoção revela-se como o caminho para o bem-estar da parturiente/casal e sustenta-se no reconhecimento do poder transformador da dor no parto (Walsh, 2012). Segundo Pedro & Oliveira (2016), “a dor ativa sentida pela parturiente leva-a a rentabilizar os seus recursos, fortalecendo-a e preparando-a para o vínculo com o recém-nascido” (p.415). Durante o TP, a utilização de estratégias não farmacológicas no alívio da dor inclui uma grande variedade de medidas que visam melhorar as sensações físicas e prevenir a perceção psicoemocional da dor (MCEESMO/OE,2012). Estas correspondem a “métodos ou técnicas para prevenção e/ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos” (OE, 2008, p.26), representando recursos de excelência que ultrapassam o alívio da dor, a sensação de controlo e a satisfação da parturiente, contribuindo para a progressão efetiva e normal do TP e promoção da adaptação do RN à vida extra-uterina

(Lowdermilk & Shannon , 2016). Na sua maioria são estratégias seguras, sem reacções adversas major associadas, sem necessidade de treino prévio, simples e não muito dispendiosas. Integradas nas políticas de humanização do processo de nascimento e no modelo de cuidados intraparto que potencia a sua vivência positiva, conduzem à “redução do medo, à autoconfiança e satisfação” (Silva , Strapasson, & Fischer , 2011.p.268).

No primeiro estágio de TP, as medidas não farmacológicas para o alívio da dor da parturiente, incluem o apoio contínuo à grávida, respiração, técnicas de relaxamento e massagem, a musicoterapia ou audioanalgesia, a cromoterapia, a aromoterapia, a hidroterapia, o uso de bola de pilates, a mudança de posição e a deambulação, a acupuntura e acupressão, estimulação nervosa elétrica transcutânea (TENS), a injeção de água estéril e hipnose (MCEESMO/OE, 2012). A implementação destas medidas depende de vários fatores, nos quais se incluem, a vontade da mulher, a disponibilidade da medida e a experiência e conhecimento que o enfermeiro que a acompanha detém sobre a mesma. No que respeita à hidroterapia, a aplicação da água sob a forma de duche já se encontra atualmente disponível na grande maioria dos BP sendo uma prática comum e de fácil implementação, dado o menor número de recursos humanos e materiais envolvidos, a par da sua efetividade na promoção do conforto e alívio da dor da parturiente. No que respeita ao banho de imersão, apesar de corresponder a uma prática considerada segura e recomendada no primeiro estágio de TP (ACOG, 2016; NICE, 2014), a sua utilização encontra-se comprometida pelos recursos (humanos, temporais e físicos) e pelos custos envolvidos. De acordo com o princípios da equidade dos cuidados, a imersão deveria estar disponível para todas as parturientes que o desejassem e que cumprissem os critérios de elegibilidade para a sua aplicação. Este fato implicaria a aquisição e a manutenção adequada e protocolada do equipamento, a existência de normas sobre a sua utilização e higienização, a formação e a motivação dos profissionais envolvidos, um acompanhamento contínuo e um rácio de enfermeiro/utente 1:1 (ACNM, 2016).

2. A EFETIVIDADE DA HIDROTERAPIA PARA A GESTÃO DA DOR NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TP

Ao longo da história e em várias culturas e religiões a água foi se revestindo de diversos significados e conotações. A fecundidade, a fertilidade, origem da vida, transformação, purificação, renascimento e força, são alguns dos simbolismos que a esta se encontram associados. O banho encontra-se desde sempre conectado a uma medida de bem-estar e relaxamento. “Só nos finais do século XV começou a surgir uma conceção científica dos benefícios da água, com o lançamento de publicações que começaram a abordar as repercussões fisiológicas da sua utilização” (Branco, 2006, p. 11). A aplicação da hidroterapia no TP e o interesse pelo seu estudo teve como pioneiros Tjarkovsky (1960), inspirado pelo trabalho de Leyboyer, Michel Odent (1980) e Michael Rosenthal nos EUA em 1985. Michel Odent, tendo como enfoque a influência do ambiente envolvente na capacidade da mulher em parir, defende que a água é o meio que melhor promove a calma, o relaxamento, a segurança e a confiança necessária para o desenrolar do TP. Em 1985, Michael Rosenthal cria nos Estados Unidos o primeiro centro de parto no qual, era proporcionada à mulher a opção pela imersão em água quente, para obtenção de conforto e alívio da dor (Garland, 2000).

A água é detentora de inúmeras propriedades e o conhecimento das mesmas permite compreender a sua ação durante o TP. O seu efeito hidrocínético, caracterizado pela flutuabilidade e pela sensação de leveza, promove a redução da pressão sobre as articulações e sobre os tecidos e possibilita à parturiente maior facilidade em mobilizar-se e em assumir posições mais confortáveis. Já o seu efeito hidrostático caracteriza-se pela pressão exercida sobre a superfície corporal que, durante a imersão, é igual à própria densidade da água. A distribuição uniforme da pressão origina uma alteração do volume sanguíneo e promove o seu retorno do espaço extravascular para o intravascular, aumentando o volume plasmático. Esta reabsorção promove a redução do edema e da tensão arterial e o aumento da diurese (Garland, 2000). Também o seu efeito hidrotérmico potencia o relaxamento e a redução do desconforto, não só pelo facto da água ser o elemento que, pela sua composição molecular, absorve e mantém a temperatura, como também por ser um excelente distribuidor de calor. Desta forma, o calor poderá ser conduzido da água

para a superfície corporal, mas também no sentido inverso, caso a temperatura corporal seja superior à da água. O calor promove ainda a vasodilatação periférica e consequente relaxamento muscular e a redução da dor (Kabler, 2000). À luz da teoria de “*gate control*” e do mecanismo neurohormonal (*fight or flight response*), a sensação de relaxamento e conforto potenciada pelo uso da água inibe o sistema nervoso simpático, conduz à libertação de endorfinas e à redução das catecolaminas, possibilitando o alívio da dor e do desconforto. Os sinais gerados pela estimulação da temperatura da água quente nos termorreceptores da epiderme, atingem o cérebro mais rapidamente do que os enviados pelos recetores da dor, bloqueando efetivamente a transmissão da mesma e reduzindo a dor percebida. A temperatura terapêutica da água ao nível dos tecidos-alvo, promove a alteração do estado dos recetores, reduzindo a sensação de dor (Lee, 2013). De acordo com Burke (2014), à hidroterapia está associado o menor uso de medicação intravenosa e intramuscular, menor necessidade de analgesia epidural, menos trauma perineal, episiotomia e ocorrência de partos distócicos.

Quadro 1. Benefícios da hidroterapia, sob a forma de imersão (Garland, 2000)

Benefícios fisiológicos	Benefícios psicológicos
Diminuição da pressão nos músculos abdominais e ao nível da veia cava;	Sensação de leveza
Aumento dos diâmetros pélvicos, da fluabilidade e mobilidade	Sensação de autocontrolo
Aumento da produção de endorfinas e ocitocina	Aumento da tolerância à dor
Aumento dos níveis de oxigénio e volume sanguíneo, da temperatura periférica ao nível da pele e dos músculos	Efeito de prazer, segurança e serenidade
Aumento da velocidade da condução nervosa e do metabolismo dos tecidos	Redução do medo e do stress
Relaxamento dos tecidos perineais e a redução da pressão sanguínea	Aumento da recetividade ao bebé e da interação da díade.

Conhecidos os efeitos da aplicação externa da água na promoção do conforto e no alívio da dor em TP, vários estudos têm sido desenvolvidos com o intuito de avaliar a sua efetividade. A efetividade é considerada pelo Joanna Brigs Institute (JBI, s.d), como um dos componentes da escala FAME (*Feasibility* – viabilidade; *Appropriateness* – adequação; *Meaningfulness* – pertinência; *Efetiveness* - Efetividade) que assume a centralidade do Modelo de Cuidados de Saúde Baseados na Evidência, do JBI, reestruturado em 2015. Efetividade é nesse modelo definida

como a relação existente entre uma intervenção e os resultados obtidos através da sua implementação, ou seja, em que medida a intervenção, quando aplicada adequadamente, atinge o efeito pretendido (JBI, s.d).

Segundo Stark (2011), o duche terapêutico é benéfico não só ao nível do alívio da dor como também na progressão do TP. Esta medida potencia a sensação de relaxamento e permite à mulher gerir/lidar com a dor, experienciando uma sensação de autocontrolo. A deambulação e a assunção de posições verticalizadas, inerentes à aplicação da água sob a forma de duche, correspondem a medidas não farmacológicas com contributos efetivos na gestão da dor e no conforto da parturiente, quando instituídas no primeiro estágio de TP. Por fim o efeito de massagem proporcionado pelo jato de água e pelo calor, promovem o relaxamento muscular e conduzem a uma sensação de prazer. Esse jato deverá ser direcionado para a área de maior desconforto, permitindo a participação do acompanhante na promoção do conforto da grávida (Lowdermilk & Perry, 2011). O uso da hidroterapia durante o TP deverá ser uniformizado com base em diretrizes baseadas em evidência científica, devendo ser disponibilizada à mulher/casal a informação necessária num contexto de tomada de decisão informada e partilhada. Tudo isto implica a presença de profissionais qualificados, que possam garantir o respeito pelas escolhas da mulher/casal e em simultâneo o bem estar e a segurança materno-fetal.

Do percurso mediado entre a evidência mapeada e a realidade observada, constatei que para além das diretrizes sobre a utilização da hidroterapia serem limitadas, sobretudo no que respeita à sua aplicação sobre a forma de duche, estas nem sempre eram unânimes em alguns aspetos tais como a temperatura da água e a duração da aplicação. No que respeita à temperatura, a importância da sua monitorização justifica-se pela necessidade de prevenir situações quer de hipotermia, quer de hipertermia e as eventuais implicações no bem-estar materno fetal. Segundo Burke (2014), a água excessivamente quente poderá elevar a temperatura da mãe e do feto e, conseqüentemente conduzir à taquicárdia fetal e à elevação da temperatura neonatal, o que pode ser revertido com a interrupção da medida ou com o arrefecimento da água. Os efeitos maternos poderão incluir sensação de fraqueza, tonturas, taquicárdia ou hipotensão. Durante a hidroterapia por imersão, encontra-se protocolada a monitorização da temperatura materna e dos restantes sinais vitais e o bem-estar materno-fetal, por avaliação de risco individualizada.

No que diz respeito à hidroterapia através do banho de imersão no primeiro estágio de TP, a American College of Nurse-Midwives (ACNM, 2016), considera que a temperatura da água nunca deve exceder os 37.7°C e que poderá ser ajustada a temperaturas mais baixas de acordo com a preferência da mulher, devendo ser avaliada a cada hora. A NICE (2014) que também recomenda a avaliação horária da temperatura, considera no entanto que a temperatura da água não deve exceder os 37,5°C, de forma a garantir o conforto da parturiente e a prevenir a hipertermia.

Relativamente ao duche terapêutico, Santana (2013) advoga que para serem atingidos os resultados desejáveis, a temperatura da água deverá estar entre os 37° e os 38° C. Já Lee, Liu, & Gau (2013), defende os 37°C como a temperatura ideal. No entanto, no ensaio clínico desenvolvido por Davim (2007), a efetividade da medida foi conseguida com a água à temperatura ambiente. No que respeita à duração do duche, deverá ser possibilitado à mulher que esta mantenha a aplicação da água durante o período de tempo que desejar, desde que assegurado o seu bem-estar e vigilância adequada. Nos estudos realizados que confirmaram a sua efetividade, a duração preconizada para a aplicação do jato de água variou entre os 20-30 minutos.

Outra preocupação associada ao uso de hidroterapia corresponde ao risco de infeção e à sua utilização em situação de rutura da bolsa de águas. Quer nos estudos identificados, quer nas recomendações existentes de várias entidades internacionais (ACNM, 2016; ACOG, 2016; NICE, 2014) a rutura da bolsa de águas não é considerada contraindicação, exceto perante a existência de alguma alteração que condicione o bem-estar materno fetal e que exija a sua monitorização contínua ou outro tipo de intervenção. No que diz respeito à hidroterapia sob imersão não há evidência que demonstre maior incidência de infeções maternas ou neonatais (AGOG, 2016; ACNM, 2014) ou de necessidade de administração antibiótica profilática (Burke, 2014). Citando a ACNM (2014), a imersão no primeiro estágio do TP não se encontra associada a: infeção materna intraparto ou pós-parto, identificação do 2º e 3º estágio de TP, tipo de parto, incidência ou gravidade da laceração perineal, hemorragia ou de depressão pós-parto. O mesmo se conclui no que diz respeito aos padrões anormais de frequência cardíaca fetal (FCF), líquido amniótico meconial, alteração dos valores de pH do cordão umbilical, índice de *Apgar* do recém-nascido, infeções, admissão em unidades de cuidados especializados ou ao nível das taxas de amamentação às 6 semanas pós-parto (traduzido de ACNM, 2014, p.2). Apesar da eficácia e da

segurança da hidroterapia por imersão estarem bem estabelecidas para o primeiro estágio do TP (ACOG, 2016; ACNM, 2016), um conjunto de precauções devem ser tidas em consideração em relação à parturiente, ao seu acompanhante e aos prestadores de cuidados. A parturiente deverá estar sempre acompanhada, instituindo-se medidas de prevenção de quedas e lesões, acautelando-se a necessidade de saída emergente da água. Esta poderá entrar ou sair da água sempre que o desejar ou caso se verifiquem alterações da condição materna ou fetal que o justifique. A saída da água deverá ser realizada sempre com apoio e, para tal, a mulher deverá ser instruída para recorrer à mecânica corporal adequada. Estes momentos deverão ser registados. O seu posicionamento para a obtenção de conforto depende da sua preferência e do julgamento clínico do prestador de cuidados. O nível da água deverá encontrar-se ao nível da linha axilar da parturiente. Deverá também ser providenciada a hidratação quer através da administração de líquidos quer oral, quer endovenosa. O bem-estar materno fetal deverá ser avaliado e gerido de acordo com as normas de orientação existentes, incluindo a monitorização dos sinais vitais maternos, a FCF e a implementação de manobras de ressuscitação intrauterina. Será também fundamental ter em consideração as recomendações do fabricante da banheira em uso e da comissão de controle de infeção institucional, para um correto manuseamento, manutenção, limpeza e desinfeção da mesma (ACNM, 2016)

A ACNM (2016), define como critérios de elegibilidade para a imersão em TP: feto único; apresentação cefálica; gestação de termo; CTG categoria I ou categoria II (após ponderação da equipa de cuidados e de acordo com o estágio de TP e com os fatores materno-fetais associados). Como contraindicações a mesma entidade nomeia: hemorragia vaginal anormal; hipertermia materna prévia; qualquer condição que exija monitorização materno-fetal contínua; lesão a *herpes simplex* ativa e infeção a HIV, hepatite B ou C, comprometimento músculo-esquelético ou mobilidade reduzida que possa impossibilitar a rápida saída da água se necessário; analgesia ou anestesia epidural; administração de opioides ou outros sedativos que constituam risco persistente para a mobilidade materna, proteção da via aérea ou capacidade para seguir instruções e o julgamento clínico do prestador de cuidados indicando que a condição materna ou fetal não permite a iniciação ou continuação da imersão (traduzido de ACNM, 2016, p. 121-122).

3. O CONFORTO HOLÍSTICO E AS EXPERIÊNCIAS DAS PARTURIENTES NA GESTÃO DA DOR

O termo conforto está habitualmente presente na linguagem dos enfermeiros, e é considerado quer como um objetivo do cuidar, quer como um indicador de qualidade do mesmo. O conforto é um fenómeno holístico e uma necessidade básica do ser humano (Schuiling, Sampsel, & Kolcaba, 2003). O conceito de conforto tem acompanhado a história e a evolução da enfermagem, sendo indiscutível a centralidade deste conceito em Enfermagem. O conforto assume especial relevância para a mulher/casal em TP, contribuindo para uma vivência positiva, natural e humanizada deste processo. Segundo Schuiling & Sampsel (1999), a promoção do conforto potencia a capacitação da mulher para a gestão dos seus recursos e para lidar com o TP, motivando-a para ser participante ativa ao manter-se em sintonia com o seu corpo e com as suas emoções.

No Regulamento de Competências Específicas do EEESMOG, a promoção do conforto consta como critério de avaliação da Unidade de Competência H3.1 “Promove a saúde da mulher durante o trabalho de parto e otimiza a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina”, ao conceber, planear, implementar e avaliar intervenções de conforto e bem-estar da mulher e conviventes significativos. (Regulamento nº 127/2011, 2011, p.8864). Também a ICM enuncia como a competência 4 a implementação de medidas de conforto no 1º e no 2º estágio do TP (ICM, 2010).

No entanto o conceito de conforto não se limita ao alívio da dor, sendo mais amplo e complexo. Para que a parturiente experiencie a sensação de conforto, as suas necessidades devem ser atendidas nas suas várias dimensões. O conforto holístico é atingido “quando todas as necessidades ou desejos são encontrados em cada um desses domínios para o sentimento de satisfação do indivíduo” (Schuiling & Sampsel, 1999, p.79). Atendendo à globalidade do outro é também importante ter presente a sua singularidade, sendo a sensação e percepção de conforto individual e multidimensional.

Na teoria de médio alcance de Katherina Kolcaba, o conforto assume-se como o elemento central da mesma, sendo definido como um estado desejável que

representa uma condição individualizada de bem-estar, relaxamento, saúde e paz, revelando-se como uma condição necessária para atingir o conceito de uma ótima função (Tomey & Alligood, 2004). Entendendo a estrutura do conforto como algo complexo, devido ao facto de implicar “uma experiência pessoal multidimensional com diferentes graus de intensidade” (Kolcaba, 1992, p.1), Kolcaba procedeu á conceptualização e operacionalização do conceito, desenvolvendo a teoria do conforto holístico.

O diagrama da sua teoria encontra-se assente em três conceitos fundamentais: o meio terapêutico (*Facilitative environment*), o desempenho ótimo da função (*Optimum Function*) e os sintomas indesejáveis resultantes de alterações físicas e psicológicas (*Excess disabilities*). Definem-se como pressupostos desta teoria que “os seres humanos têm uma resposta holística a estímulos complexos; o conforto é um resultado desejável; os seres humanos se esforçam para atender ou satisfazer as suas necessidades básicas de conforto” (Schuiling, Sampsel, & Kolcaba, 2003, p. 200). Kolcaba perspetiva inicialmente a existência de 3 estados de conforto: alívio (Relief), contentamento/tranquilidade (Ease) e transcendência (Transcendence). O alívio corresponde ao encontro das necessidades imediatas de conforto, estando inerente um desconforto prévio, sendo este estado “necessário para que a pessoa restabeleça o seu funcionamento habitual” (Apóstolo, 2009, p. 66). O contentamento/tranquilidade relaciona-se “com o estado de calma ou de satisfação, necessário para um desempenho eficiente”. A transcendência, também chamado de renovação, corresponde ao estado “no qual cada pessoa sente que tem competências ou potencial para planear, controlar o seu destino e resolver os seus problemas” (Apóstolo, 2009, p. 66). Segundo Kolcaba, estes estados de conforto desenvolvem-se e são experienciados em 4 contextos: físico, social, psicoespiritual e ambiental. O contexto físico encontra-se relacionado com as sensações corporais e mecanismos homeostáticos. No contexto social integram-se as relações interpessoais, familiares/sociais, no qual se incluem aspetos como finanças, educação e apoio, tradições, costumes e língua. O contexto psicoespiritual encontra-se relacionado com a consciencialização de si mesmo/ autoconceito, autoestima, sexualidade, podendo também estar relacionado com uma relação com um ser superior. No que respeita ao contexto ambiental destacam-se aspetos como a luminosidade, o ruído, a cor, a temperatura, o equipamento e outros elementos e condições do meio envolvente

(Apóstolo, 2009). É da conciliação destes elementos que nasce o conceito de conforto holístico, que Kolcaba define como “a experiência imediata de ser fortalecido através da obtenção de resposta às necessidades de alívio (*relief*), facilitação (*ease*) e transcendência (*transcendence*), nos quatro contextos (físico, psicoespiritual, social e ambiental) ” (Tomey & Alligood, 2004). Inseridas num modelo de cuidados intraparto, direcionadas às necessidades reais da mulher/casal, várias são as medidas que contribuem para a experiência da sensação de conforto. Entre estas encontram-se as medidas não farmacológicas para o alívio da dor, o acompanhamento contínuo, a relação terapêutica, a possibilidade da ingestão de líquidos e alimentos, a liberdade de movimentos e o ambiente acolhedor. Da análise do conceito de conforto, realizada por Kolcaba, o fortalecimento emerge como um componente fundamental da sua teoria (Tomey & Alligood, 2004). Em TP, o fortalecimento da mulher/casal é uma condição essencial para que esta vivencie uma sensação de conforto, sentindo-se confiante, respeitada, apoiada “valorizada e envolvida na tomada de decisão sobre si própria e o seu parto” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.40).

A hidroterapia, enquanto medida não farmacológica visa não só promover o alívio da dor, enquanto sensação física (*relief*), como também proporcionar relaxamento, sensação tranquilidade e segurança e a diminuição da ansiedade e stress (*ease*). No que respeita à transcendência, as mulheres que experienciam o conforto durante o trabalho de parto podem, com base na sensação de fortalecimento, gerir a sua dor, entendendo-a como positiva e necessária, sendo capazes de sentir um conforto psicológico e espiritual tal que lhes permite transcender a dor. Neste estado de transcendência a mulher/casal vivencia a sensação de controlo, sentindo-se confiante, fortalecida, assumindo um papel ativo e respondendo positivamente à força e à natureza do TP.

PARTE II – PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO ÂMBITO DO ESTÁGIO COM RELATÓRIO

1. CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

No percurso de aprendizagem, os atores, os saberes e os contextos desempenham um papel preponderante. Estes são os intervenientes de um processo formativo, no qual as competências desenvolvidas resultam da sua plena interação (Silva & Silva, 2004). Segundo Freitas & Tarrasêca (2013), “a aprendizagem e avaliação em ensino clínico de enfermagem só podem ser entendidas, de forma global, através do reconhecimento do contexto que as envolve” (Freitas & Tarrasêca, 2013, p. 37). O contexto não representa apenas um cenário onde a aprendizagem se desenrola, “este abrange toda a ação, ou melhor, toda a interação, não apenas física, mas psíquica, relacional e comportamental” (Freitas & Tarrasêca, 2013, p. 40).

Este estágio decorreu em dois locais distintos. Num primeiro momento, estagiei no departamento de obstetrícia e ginecologia de um HAP da região Norte. Este integra um centro hospitalar que assume como missão, não só prestar cuidados de saúde de qualidade à população da sua área de influência (correspondente a cerca de 150 000 habitantes), como também garantir em simultâneo o desenvolvimento profissional dos seus colaboradores, pautado pela eficiência e pela eficácia. O serviço de obstetrícia integra o BP, o internamento de grávidas, o internamento de puérperas e as consultas externas no âmbito do diagnóstico pré-natal, consulta de gravidez de termo e a consulta de gravidez de risco (destinada à mulher/família com diabetes gestacional, hipertensão arterial, alterações endócrinas, gravidez gemelar e gravidez na adolescência). O serviço de urgência é, por sua vez, assegurado pela urgência geral, sendo as mulheres posteriormente encaminhadas para o serviço de obstetrícia.

Neste estágio observei e participei na prestação de cuidados especializados à mulher/família serviço de BP, na consulta da gravidez de termo e no atendimento de urgência. O serviço de BP é constituído por 5 salas individuais, devidamente equipadas, nas quais as parturientes permanecem com o seu acompanhante desde a admissão até ao momento em que são transferidas para o internamento de puérperas. Estas salas possuem vários dispositivos para proporcionarem a gestão da dor da parturiente através de estratégias não farmacológicas. As salas não possuem casa de

banho privativa, tendo a grávida que se dirigir a um WC comum que, possui uma base de duche que permite o recurso à hidroterapia. Para as parturientes no 1º estágio do TP, que desejem realizar hidroterapia através de banho de imersão e que cumpram os critérios de elegibilidade protocolados, existe uma banheira disponível e o respetivo equipamento.

A equipa de enfermagem integra apenas enfermeiros obstetras que prestam cuidados nos vários serviços e que asseguram a consulta de plano de parto e o curso de preparação para o parto e parentalidade (CPPP), onde se inclui a preparação em meio aquático. A equipa multidisciplinar é constituída pela equipa médica (obstetras, anestesistas e pediatras), pela assistente social, pela psicóloga, pelos assistentes técnicos e operacionais. Este hospital apresentou a sua candidatura à Iniciativa da WHO & UNICEF: Hospital amigo dos bebés e encontra-se em fase de creditação.

Num segundo momento realizei estágio num HAPD, pertencente à região de Lisboa e Vale do Tejo. Este pertence a um centro hospitalar que tem como missão prestar cuidados de saúde, no âmbito das responsabilidades e capacidades das unidades hospitalares que o integram, executando as definições de política de saúde, os planos estratégicos e as decisões superiormente aprovadas. Este desenvolve ainda outras atividades como a colaboração com o ensino pré e pós-graduado, a investigação e a formação.

A minha participação na prestação de cuidados foi desenvolvida no serviço de BP e no SUOG do serviço de obstetrícia, integrado no departamento da mulher e da criança. Fisicamente, o bloco de partos é composto por 7 salas de partos, 3 blocos operatórios e uma unidade de recobro pós anestésico (com capacidade para 3 utentes). As parturientes, admitidas no SUOG ou transferidas do serviço de Medicina materno-fetal, permanecem no respetivo quarto, acompanhadas (se for essa a sua vontade) desde a admissão até à sua transferência para o serviço de internamento de puérperas. De modo a promover a deambulação e a verticalidade das parturientes, o serviço possui 4 aparelhos de telemetria. Encontram-se disponíveis outros recursos que podem ser mobilizados pelas parturientes para a gestão da dor não farmacológica tais como a bola de Pilates e um computador através do qual, a parturiente e o seu acompanhante podem selecionar e ouvir música de acordo com as suas preferências. Os quartos não possuem casa de banho individualizada, sendo disponibilizados 2 WC no interior do serviço e outros 2 no SUOG. Esses WC possuem bases de duche sendo

possibilitada a aplicação da água quente no primeiro estágio do TP, de acordo com a vontade expressa da mulher e com os critérios de elegibilidade definidos para a sua implementação.

A equipa multidisciplinar é composta pela equipa de enfermagem, equipa médica de obstetrícia e anestesiologia, neonatologista, assistente social, psicóloga e assistentes operacionais. A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros obstetras e enfermeiros generalistas. Integrada nos cuidados do EEESMO, encontra-se a realização de sessões de preparação para o parto BP, em colaboração com a equipa de fisioterapia e a visita das parturientes e seus acompanhantes às instalações do BP.

2. DESENVOLVIMENTO DE UMA PRÁTICA BASEADA NA EVIDÊNCIA

Atualmente, na tentativa de minimizar o distanciamento entre os avanços científicos e a prática assistencial do cuidar, destaca-se o conceito da Prática Baseada na Evidência (PBE). Segundo Atallah & Castro (1998), citada por Aparecida & Domenico, define-se PBE pelo “uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre o cuidar individual do paciente” (Aparecida & Domenico, 2003, p.116). Por sua vez, adaptando a PBE à prática de enfermagem, Sigma Theta Tau International (2005) define Enfermagem Baseada na Evidência (EBE) como uma abordagem de resolução de problemas que concilia a melhor evidência científica disponível, à perícia do enfermeiro e às preferências e valores dos utentes, famílias e comunidades (traduzido de Sigma Theta Tau International, 2005, p. 1).

O regulamento de competências comuns do enfermeiro especialista, descreve como a competência D2 o desenvolvimento de uma prática clínica especializada baseada em “sólidos e válidos padrões de conhecimento”, nos quais assentam os processos de tomada de decisão e as suas intervenções (Regulamento nº 122/2011, p. 8653). Para tal revela-se fundamental não só a identificação da evidência científica atual e pertinente mas também a sua mobilização para a práxis, atuando como facilitador dos processos de aprendizagem e dinamizador de conhecimentos, incorporando-os na prática do cuidar. A prática baseada na evidência assume-se não só como um direito mas também como um dever do profissional para com a disciplina/profissão de enfermagem e para com o utente.

2.1. Mapeamento de evidência científica

Com o objetivo de mapear a evidência científica existente sobre os efeitos da hidroterapia na dor da parturiente durante o primeiro estágio do TP, procedi à realização de uma *scoping review*, cujo protocolo consta como apêndice (Apêndice II) Este tipo de revisão pretende mapear a evidência disponível sobre uma determinada temática, permitindo uma visão mais ampla sobre a mesma e pode ser conduzida quer para identificar os conceitos principais ou a evidência emergente relativa a uma

determinada área de pesquisa, quer para compreender as suas definições/limites concetuais (Peters, *et al.*, 2017). Deste tipo de revisões podem ainda resultar implicações para a prática e para a tomada de decisão clínica. Constituindo-se com frequência como um ponto de partida, uma pesquisa/ orientação preliminar à realização de uma revisão sistemática da literatura, poderá ainda ser conduzida com o intuito de examinar e esclarecer de uma forma abrangente uma determinada área de pesquisa, identificar lacunas ao nível das evidências existentes ou mapeá-las em relação a campos específicos como o ano de publicação, local, fonte ou abordagem (Peters, *et al.*, 2017). Neste âmbito e respeitando a metodologia proposta pelo JBI, a revisão realizada teve como ponto de partida a questão construída segundo a mnemónica PCC (P- população; C- conceito; C- contexto) proposta pelo JBI (Peters, *et al.*, 2017).

Quais os efeitos da hidroterapia no alívio da dor da parturiente, durante o primeiro estágio de trabalho de parto?

Quadro 2. Questão PCC

Acrónimo	P (População)	C (Conceito)	C (Contexto)
Descrição das componentes	Female; Parturient; Women; Expectant mother	Hydrotherapy; Shower, Bath; Immersion	Labor; Labor First Stage; Delivery; Childbirth

Recorrendo à plataforma *EBSCO*, realizei a pesquisa nas bases de dados *CINAHL Plus With Full Text*, *MEDLINE with Full Text* e *Cochrane Central Register for Controlled Trials*. Realizei ainda pesquisa nas bases de dados *Scopus* e na *Isi Web of Knowledge* e no sistema de busca eletrónico Google Académico.

Para a realização da *Scoping Review*, tendo em conta os protocolos do JBI (Peters, *et al.*, 2017), foram eleitos os descritores, em linguagem natural e em linguagem indexada, que combinados com os operadores booleanos OR e AND originaram as seguintes expressões de pesquisa:

- **CINAHL Plus with Full Text:** [(MM "Hydrotherapy" OR MM "Bathing and Baths" OR "shower#" OR MM "Pregnancy")] AND [(MM "Labor Pain" OR MM "Labor" OR MM "Labor stage, first")]

• **MEDLINE Whit Full Text:** [(MM "Hydrotherapy") OR (MM "Immersion") OR ("shower#") OR (MM "Baths")] AND [(("Female") OR (MM "Pregnancy") OR ("MM Women") OR ("Expectant Mother") OR (MM "Labor Pain"))] AND [(("Labor") OR (MM "Labor stage, first") OR (MM "Delivery, Obstetric") OR (MM "Parturition"))]

• **Cochrane Central Register of Controlled Trials:** [(ZU "Hydrotherapy") OR (ZU "hydrotherapy methods") OR (ZU "Hydrotherapy nursing") OR (ZU "Immersion") OR (ZU "Baths")] AND [(ZU "Female") OR (ZU "Labor first stage")] AND [(ZU "Labor pain") OR (ZU "Labor pain nursing") OR (ZU "Labor pain therapy")]

• **Scopus:** [(ALL hydrotherapy") OR (ALL "shower")] AND [(ALL "female") OR (ALL "expectant mother")] AND (ALL "labor pain") AND [(ALL "labor") OR (ALL "labor first stage") OR (ALL "delivery")]

• **Isi Web of Knowledge:** [(TS=Hydrotherapy) OR (TS=Shower) OR (TS=Bath)] AND [(TS=Parturient) OR (TS=Expectant Mother) OR (TS= Female)] AND [(TS= Labor first stage) OR (TS=Childbirth) OR (TS=Delivery)]

• **Google Académico:** Hydrotherapy AND Labor Pain AND Labor Stage First AND RCT. Artigos com a expressão "Labor Pain".

Para mapear a evidência, face à pergunta de pesquisa colocada, defini como critérios de inclusão: estudos de natureza quantitativa; publicados em língua inglesa e portuguesa, a partir de 2007; estudos que englobassem parturientes no primeiro estágio do TP; TP assistido em meio hospitalar; gestão da dor efetuada através do banho de imersão ou duche. A estratégia de pesquisa utilizada visou encontrar estudos publicados e não publicados, sendo realizada em três etapas. Primeiramente procedi a uma pesquisa inicial nas bases de dados mencionadas, recorrendo aos termos em linguagem natural. Através desta primeira pesquisa, identifiquei as palavras-chave e os termos indexados, utilizados na segunda etapa da revisão. Por último, procedi à identificação de artigos adicionais, incluídos nas referências bibliográficas dos estudos que responderam positivamente aos critérios de inclusão. No processo de revisão, após a eliminação dos artigos duplicados obtive 340 artigos (Apêndice III). A seleção dos artigos foi efetuada através da leitura do título, do resumo e sempre que existiram dúvidas, do texto integral, tendo sido selecionados para análise mais detalhada um total de 14 artigos (Apêndice IV e V).

É de realçar que, em todos os estudos realizados, as parturientes encontravam-se em fase ativa de TP, sendo permitida e incentivada a presença de um acompanhante da sua preferência.

Silva, Oliveira, & Nobre (2009), com o objetivo de avaliarem o efeito da hidroterapia sob a forma de imersão, no que respeita à intensidade da dor no primeiro estágio de TP, realizaram um estudo randomizado que envolveu um total de 108 nulíparas. Neste estudo, desenvolvido no Brasil, foi proporcionada a imersão durante 60 minutos a 54 mulheres, após apresentarem uma dilatação cervical de 6-7 cm. Às restantes 54, pertencentes ao grupo de controlo, foram prestados os cuidados designados de rotina que incluíam a deambulação, a amniotomia e a administração de ocitocina, perante uma não progressão de dilatação num período de 3 horas. A temperatura da água foi ajustada de acordo com a preferência das parturientes, não tendo excedido os 38° C. A intensidade da dor foi avaliada através da EN e da escala comportamental da dor, aplicada em dois momentos distintos (aos 6-7 cm de dilatação e 1 hora após a primeira avaliação). No grupo experimental constatou-se uma redução estatisticamente significativa dos níveis de intensidade da dor, entre os dois momentos de avaliação. Já no grupo de controlo os valores permaneceram relativamente constantes. Os valores médios de dor, para ambas as escalas, foram significativamente superiores no grupo de controlo do que no grupo experimental. Na primeira avaliação, realizada através da EN, as médias de dor foram 8,7 e 8.5 para o grupo de controlo e para o grupo experimental, respetivamente ($p = 0,235$). Já no que diz respeito à escala comportamental, a média foi de 2.1 para ambos os grupos. Uma hora após a primeira avaliação, as médias de dor, mensuradas através da aplicação da EN, foram de 9,3 e 8.5 para o grupo de controlo e para o grupo experimental, respetivamente ($p < 0,05$). No que respeita à escala comportamental as médias apresentadas foram de 2.4 vs. 1.9 para os respetivos grupos, de controlo e experimental. Verificou-se ainda que a dor sentida ao longo da evolução do TP aparentou aumentar de forma mais gradual no grupo experimental.

Também Liu, et al (2014), desenvolveram um ensaio clínico no departamento de Obstetrícia do Sun Yat-Sem Memorial Hospital, na China, cujo objetivo era comparar os *outcomes*, maternos e neonatais, entre as parturientes, no 1º estágio do TP, que recorreram à hidroterapia sob a forma de imersão ($n=33$) e as que foram submetidas aos cuidados convencionais ($n=47$). A imersão foi disponibilizada a

parturientes com mais de 3 cm de dilatação cervical, com uma temperatura da água entre os 35° e os 38° C. A avaliação da dor foi realizada através da EVA, aos 3 cm de dilatação (pré-intervenção), aos 30 e aos 60 minutos de imersão. Tanto aos 30, como aos 60 minutos, as parturientes do grupo experimental apresentaram níveis médios de dor significativamente mais reduzidos do que as do grupo de controlo, ou seja, aos 30 minutos: 10 vs. 6 e aos 60 minutos: 10 vs. 7; ($p < 0,001$) para os respetivos grupos. Neste estudo o autor concluiu a efetividade da hidroterapia sob a forma de imersão no alívio da dor em TP.

Tuncay, Kaplan, & Tekin (2017), com o objetivo de avaliar a influência da hidroterapia sob a forma de imersão no processo de TP e no comportamento parental conduziram um estudo quasi-experimental, desenvolvido num hospital universitário em Ankara, Turquia. Ao contrário dos estudos anteriormente mencionados, que incidiram no tempo de exposição à intervenção, este tem como referência a dilatação cervical. O banho de imersão foi disponibilizado às parturientes com 5 cm de dilatação cervical, com uma temperatura da água de 37°C, avaliada a cada 15 minutos. Ao grupo de controlo ($n=40$), foram prestados os cuidados considerados de rotina. Para a avaliação da intensidade da dor foi aplicada a EVA, primeiramente aos 5 cm de dilatação cervical (pré-intervenção) e, posteriormente, aos 6 e aos 10 cm de dilatação. Na avaliação pré-intervencional, não houve diferença estatística significativa entre os dois grupos (grupo experimental = $7,28 \pm 0,85$, grupo de comparação equivalente = $6,85 \pm 1,10$; $p = 0,060$). Durante a hidroterapia, aos 6 cm de dilatação cervical, a intensidade da dor foi menor no grupo experimental ($5,03 \pm 1,10$) do que no grupo de controlo ($8,30 \pm 0,52$). Aos 10 cm de dilatação cervical, o nível de dor foi significativamente menor no grupo experimental ($7,63 \pm 0,93$) comparativamente ao grupo de controlo ($9,53 \pm 0,51$), com um nível de significância de 0,001. Estes resultados sugerem a efetividade da hidroterapia sob a forma de imersão no alívio da dor da parturiente.

Benfield, et al. (2010), pretendendo avaliar os efeitos da hidroterapia sob a forma de banho de imersão na ansiedade e na dor materna, nomeadamente nas respostas neuroendócrinas, nas alterações no volume plasmático e nas contrações uterinas durante o TP, desenvolveram um estudo piloto com parturientes em fase ativa do TP (dilatação do colo uterino entre os 3 e os 6 cm). A 11 parturientes, em TP espontâneo, foi aplicada a imersão, durante o período de 1 hora, encontrando-se a

água a uma temperatura controlada de 37° C e ao nível do apêndice xifoíde. Os resultados foram obtidos através da aplicação de EVA (quer para a avaliação do nível da dor, quer dos níveis de ansiedade), da análise de parâmetros laboratoriais (que incluíam as hormonas do stress e o volume plasmático) e da monitorização da contratilidade uterina. As avaliações foram realizadas em 3 momentos distintos: pré-imersão, aos 15 e aos 45 minutos pós-imersão. Os resultados obtidos demonstraram a diminuição dos níveis de ansiedade, da vasopressina e ocitocina aos 15 e 45 minutos de imersão ($p < 0,05$). Os níveis de beta-endorfinas aumentaram aos 15 minutos, mas não diferiram entre os valores iniciais e os 45 minutos. Verificou-se também a diminuição significativa da frequência da contratilidade uterina ($p=0.04$). No que respeita à dor, no grupo como um todo, não houve diferenças significativas entre os níveis de dor pré-imersão e pós-imersão. Quando os participantes foram separados em subgrupos, de acordo com o nível de dor de pré-imersão, houve diferenças significativas, diminuindo mais para mulheres com altos níveis de dor basal (≥ 70 mm) do que para mulheres com baixos níveis basais (≤ 50 mm) após 15 e 45 minutos de imersão. Também os níveis de cortisol diminuíram duas vezes mais aos 15 minutos de imersão para as mulheres com dor de base elevada do que para aqueles com dor de base baixa. A dimensão reduzida da amostra (11 parturientes), o curto período de estudo e as dificuldades relatadas na avaliação dos níveis de algumas hormonas e da intensidade da contração uterina, configuram-se como limitações deste estudo, condicionando a sua interpretação.

Foi também com o objetivo de investigar o efeito da hidroterapia através de duche terapêutico e dos exercícios perineais com recurso à bola suíça, quer na sua forma isolada, quer combinada, ao nível da dor, da ansiedade e das respostas neuroendócrinas em TP, que Henrique, Gabrielloni, Rodney, & Barbieri, (2018) conduziram um estudo de controlo randomizado que englobou 117 parturientes admitidas num hospital de São Paulo, Brasil. No que respeita ao duche, a região lombosagrada foi considerada como o local indicado para a aplicação do jato de água, o tempo de exposição pretendido foi de 30 minutos, os posicionamentos variaram entre a posição de pé ou sentada e a temperatura da água apesar de ter sido avaliada de 15 em 15 minutos teve como valor de referência os 37° C. Recorrendo à EVA, foi avaliada a intensidade da dor e a ansiedade, antes e após a intervenção. Foram

também monitorizados os níveis hormonais (cortisol, beta-endorfinas, epinefrina e noradrenalina), através de colheitas de amostras salivares. A hidroterapia sob a forma de duche, aplicada a 39 parturientes, quando estudada de forma isolada, revelou redução dos níveis de ansiedade (em média de 7,75 para 7,52mm), de beta-endorfinas e um aumento da libertação do cortisol, epinefrina e noradrenalina. No que respeita à dor verificou-se um aumento da sua intensidade, embora ligeiro, da primeira para a segunda avaliação (em média de 7,55 para 8,38 mm).

Davim, Torres, & Melo (2007), efetuaram um ensaio clínico, quase-experimental, não controlado e não randomizado, numa maternidade escola em Natal, Brasil, com o objetivo de avaliar a efetividade das medidas não farmacológicas no alívio da dor da parturiente. As estratégias estudadas integravam a respiração, o relaxamento muscular, a massagem lombossagrada, o duche terapêutico, a deambulação e o movimento pélvico. Das 30 parturientes que participaram no estudo, 26 aderiram à aplicação da água sob a forma de duche, encontrando-se esta à temperatura ambiente. A avaliação da intensidade da dor foi realizada com recurso à EVA, aplicada antes da contração uterina e na contração subsequente à implementação do duche, em dois momentos distintos: na fase de inclinação máxima da curva de aceleração (8 cm de dilatação cervical) e na fase de desaceleração (9 cm de dilatação). Ao comparar as médias de intensidade de dor “antes e após” à aplicação do duche, verificou-se uma diferença estatisticamente significativa no alívio da dor. No que respeita à média de valores relativos à intensidade da dor, observou-se aos 8 cm uma redução da dor de 9,2 mm para 6,9 mm ($p=0,000002$) e aos 9 cm de 9,8 mm para 7,3 mm ($p=0.000032$). Em 2008, os mesmos autores, desenvolveram um novo estudo com o objetivo de avaliar a efetividade do duche terapêutico no alívio da dor de parturientes na fase ativa do TP. Este ensaio clínico, do tipo intervenção terapêutica “antes e após”, incluiu 100 parturientes que recorreram ao duche, aplicando a água à temperatura ambiente. Inicialmente, a intensidade da dor foi avaliada por meio da EVA, aos 8 cm de dilatação cervical, após a contração uterina. Com 15 minutos de intervalo, na contração uterina subsequente, a parturiente foi submetida à intervenção, procedendo-se a nova avaliação da dor. O mesmo procedimento foi efetuado aos 9 cm de dilatação. Ao comparar as médias de intensidade de dor “antes e após”, aos 8 e 9 cm de dilatação do colo cervical,

constatou-se uma diferença significativa ($\tilde{I}=0,000$) nos 2 momentos da fase ativa do TP, o que permitiu concluir a efetividade da medida.

Barbieri, Henrique & Chors (2013), com o intuito de avaliarem de forma isolada e combinada a utilização do duche terapêutico e dos exercícios perineais realizados com bola suíça no alívio da dor em TP, desenvolveram um estudo randomizado, num centro de parto normal intra-hospitalar no Brasil, com a participação de 15 parturientes. Isoladamente, o duche foi proporcionado a 5 parturientes, na posição de sentada ou em pé, por um período de 30 minutos, com a água a uma temperatura controlada de 37°C e com aplicação do jato na região lombosagrada. Através da aplicação da EVA, antes e uma hora após a intervenção, verificou-se uma diminuição estatisticamente pouco significativa ($p= 0,1475$) com uma redução da média de valores de 10 mm para 9 mm.

Por sua vez, Lee, Liu, & Gau (2013), de forma a determinarem a eficácia do duche terapêutico no alívio da dor da e sua influência na experiência de parto da parturiente, realizaram um estudo de controlo randomizado, desenvolvido num hospital regional em Taiwan. A temperatura da água, monitorizada a cada 5 minutos teve como valor de referência os 37°C e o tempo de exposição à intervenção foi de 20 minutos. A dor foi avaliada antes da intervenção e aos 10 e 20 minutos após a mesma. (através da EVA). Em termos da intensidade da dor, os valores médios de dor para o grupo de intervenção foram 6,84 (4 cm) e 8,74 (7 cm) em comparação com 5,15 (4 cm) e 8,22 (7 cm) para o grupo de controlo. Aos 10 e 20 minutos pós-intervenção, os níveis médios de dor para o grupo experimental desceram significativamente enquanto que no grupo de controlo aumentaram. Também no ensaio clínico realizado por Santana, Gallo & Ferreira (2013), foi avaliado o efeito do duche terapêutico no alívio da dor, na fase ativa do TP. A intervenção consistiu na aplicação da água sob a forma de duche, a uma temperatura controlada, situada entre os 37 e os 39°, por um período de 30 minutos. No estudo participaram 34 parturientes com dilatação cervical entre os 4 e os 5 cm, admitidas em TP espontâneo numa maternidade no Brasil. Por intermédio da EVA foi avaliada a intensidade da dor, verificando-se uma redução significativa ($p< 0,01$) dos níveis de dor pré e pós intervenção (de $8,0 \pm 20$ mm para $5,5 \pm 22$ mm respetivamente).

No estudo realizado por Stark (2017), verificou-se não só a efetividade do duche terapêutico no alívio da dor como também benefícios estatisticamente

significativos ao nível da redução da tensão e promoção do relaxamento. Para a avaliação destes parâmetros foi aplicada a EVA pré intervenção, aos 15 e aos 30 minutos pós intervenção. O duche foi aplicado durante 30 minutos, a 17 parturientes com dilatação cervical entre 4 a 6 cm. Quer a temperatura da água, quer a posição da parturiente foram ajustadas de acordo com a sua preferência e sensação de conforto. Comparando os níveis de dor entre o grupo experimental e o grupo de controlo (n=14), constatou-se uma redução estatisticamente significativa ($p=0,001$). Os valores de base relativos à intensidade da dor corresponderam em média a 5,8 mm e a 4,8 mm para o grupo experimental e de controlo respetivamente. Já os valores médios avaliados aos 15 e aos 30 minutos equivaleram a 4,3 e 4,2 mm para o grupo experimental e a 6,3 e 6,2 mm, no grupo de controlo.

Abo-Romia & El-Adh (2014), desenvolveram um estudo intervencional, randomizado, com o objetivo de avaliar a influência da aplicação da água quente, sob a forma de duche terapêutico, no alívio da dor da parturiente, no primeiro estágio do TP. Neste ensaio clínico participaram 100 parturientes admitidas num hospital privado no Egito, distribuídas de forma equitativa e randomizada pelo grupo experimental (n=50) e de controlo (n=50). A EVA foi utilizada como instrumento de avaliação dos níveis de dor, ansiedade e a fadiga. Avaliadas. A intervenção consistiu no duche de água quente (sendo a temperatura e a direção do jato ajustada pela parturiente), com um tempo de exposição de 30 minutos. Verificou-se que o grupo experimental apresentou uma diminuição significativa da dor e da ansiedade ($p= 0,011$ e $0,018$ respetivamente, para um intervalo de confiança de 0,05%), quando comparado com o grupo de controlo.

Gayeski, Monticelli & Santos (2015), desenvolveram um estudo transversal aplicado a 188 primíparas internadas numa maternidade no Brasil. O objetivo foi avaliar os métodos não farmacológicos adotados para a gestão da dor em TP. Para tal, no dia da alta hospitalar, foi aplicado um formulário, durante uma entrevista com o investigador, no qual era avaliado o grau de satisfação da puérpera relativamente às várias estratégias não farmacológicas utilizadas, com recurso a uma escala de faces. Os métodos em estudo integraram a hidroterapia sob a forma de duche quente, a massagem com equipamento, a massagem manual, técnicas de respiração, mudança de posição, bola suíça, posição de sentada reclinando-se na cadeira, música e concentração. A hidroterapia, sob a forma de duche terapêutico, correspondeu ao

segundo método mais utilizado, antecedido pelo suporte do acompanhante. Avaliado de forma individual, o duche terapêutico, a par com a concentração foram os métodos que mais satisfação e alívio da dor proporcionaram às parturientes. No entanto, de uma forma global, foi a concentração e a mudança de posição que apresentaram maior nível de satisfação.

No que respeita ao duche terapêutico destaca-se a sua rápida ação no alívio da dor (Stark, 2017; Lee, et al., 2013) apesar de curta duração (Lee, et al., 2013). É ainda considerada como uma intervenção económica, de fácil aplicação (Santana et al., 2013; Lee, et al., 2013), segura (Barbieri, et al., 2013), sem efeitos secundários associados (Santana et al., 2013), que não necessita de treino préintervencional (Lee, et al., 2013).

Da análise dos artigos selecionados e definindo efetividade como a extensão de alcance de uma intervenção, quando adequadamente aplicada, face ao efeito pretendido, (JBI, s.d), foi possível constatar que, à exceção do estudo realizado por Henrique, *et al.* (2018), todos os outros são unânimes em concluir a efetividade da hidroterapia, no alívio da dor, no primeiro estágio do TP, quer sob a forma de duche terapêutico (Abo-Romia & El-Adh, 2014; Barbieri et al., 2013; Davim, et al, 2007, 2008, 2009; Gayeski, et al., 2015; Lee, et al., 2013; Santana et al., 2013; Stark, 2017) quer sob a forma de banho de imersão (Benfield, et al., 2010; Liu, et al., 2014; Silva, et al., 2009; Tuncay, et al., 2017).

2.2. Mobilização da evidência científica no percurso efetuado

Interpretar, organizar e divulgar “dados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem”, configura-se como um dos critérios de avaliação da competência comum dos Enfermeiros Especialistas D2. É assim sua competência basear a sua “praxis clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento”, suportando-a na investigação e no conhecimento, de acordo com a sua área da especialidade (Regulamento nº 122/2011, 2011, p. 8653).

Ao longo de várias décadas têm sido realizados esforços no sentido de criar um corpo de conhecimentos próprio da prática de enfermagem, que lhe permita percorrer um caminho sólido e independente da prática médica (Yanês, A., Kljin, T.,

2007). O paradigma da PBE concretiza-se quer no campo da investigação, quer no campo de prática clínica. Se por um lado, a investigação torna possível a ampliação do conhecimento, por outro, é pela sua mobilização para a práxis, que se potencia o desenvolvimento da capacidade de pensamento crítico e de tomada de decisão aplicada à situação concreta do utente e um atendimento ótimo do mesmo, com implicações várias ao nível das políticas, programas e práticas de saúde (Crossetti & Goés, 2017). A transposição dos conhecimentos para a prática é por vezes precária, constatando-se ainda a existência de um fosso entre a identificação e a produção de conhecimento e a sua incorporação na práxis. Os resultados obtidos da investigação sobre os fenómenos inerentes ao processo de cuidar estão na origem do carácter translacional que a pesquisa se reveste, ao integrar no processo de construção desses conhecimentos os produtores (enfermeiros pesquisadores) e os consumidores (enfermeiros da prática, pacientes e familiares), promovendo assim uma prática segura, baseado na evidência. A implementação da EBE, depara-se com algumas barreiras que estão principalmente relacionadas com os profissionais de enfermagem e com as políticas internas das organizações de saúde. Entre estas destacam-se a falta de motivação e o deficit de conhecimento na área da investigação, estatística e pesquisa, o pouco tempo disponibilizado para a identificação da evidência, a carga horária e o trabalho excessivo e a falta de apoio e disponibilização de bibliotecas e de bases de dados (Crossetti & Goés, 2017).

Este “processo dinâmico, interativo, que inclui a síntese, divulgação, intercâmbio e a ética no conhecimento para promoção da saúde, fornecimento de serviços e produtos de saúde com maior efetividade visando fortalecer o sistema de saúde” designa-se por translação do conhecimento (Crossetti & Goés, 2017, p. 1).

Ao longo deste EC, a mobilização da evidência científica foi assegurada pela: integração da evidência mapeada na conceção, planeamento, execução e na avaliação dos cuidados especializados à grávida/parturiente de acordo com as necessidades identificadas e pelo planeamento e desenvolvimento de atividades promotoras da produção de evidência e divulgação dos resultados da *scoping review*.

2.2.1 Integração da evidência mapeada no âmbito do contexto da prestação de cuidados especializados à grávida/parturiente/família

Foi na minha participação nos cuidados de enfermagem nos contextos em que decorreu o estágio que mobilizei a evidência científica identificada, não só na conceção como no planeamento, na execução e na avaliação dos cuidados prestados. Junto das parturientes/acompanhantes mobilizei a evidência mapeada, desenvolvendo atividades que integraram não só a informação, como a sugestão e incentivo à implementação da hidroterapia sob a forma de duche terapêutico.

Através de uma comunicação efetiva procurei capacitar as parturientes/famílias e promover a sua participação ativa no TP. Perante a presença de dor, respeitando as suas preferências e indo ao encontro das necessidades identificadas, promovi a hidroterapia e incentivei a sua realização, esclarecendo a parturiente e o seu acompanhante sobre a medida em si e sobre os seus benefícios. Para a sua implementação mobilizei também a evidência identificada, relativamente aos critérios de elegibilidade e às diretrizes para uma aplicação segura e efetiva. Junto dos elementos da equipa de enfermagem promovi momentos de partilha e divulgação da evidência científica relativa à utilização da hidroterapia no alívio da dor da parturiente. Informalmente, foram abordados e discutidos não só os benefícios, os critérios e os recursos implícitos à sua utilização como também as perspetivas dos enfermeiros e as dificuldades sentidas na sua implementação.

No primeiro local de estágio participei também nas sessões de preparação para o parto. Nestas pude não só divulgar a evidência junto das grávidas e acompanhantes, como também enriquecer os meus conhecimentos pela partilha de experiências e informação, junto da equipa de enfermagem, que diariamente proporciona a hidroterapia como medida não farmacológica no alívio da dor, quer sob a forma de duche, quer sob a forma de imersão.

2.2.2 Atividades de produção e divulgação de conhecimento no âmbito do percurso efetuado

O enfermeiro especialista, no contexto da práxis deverá assumir-se como facilitador nos processos de aprendizagem e como elemento ativo na área da investigação (Regulamento nº 122/2011, 2011). Tendo presente esta competência

inerente ao meu desempenho enquanto futura EEESMO e a responsabilidade partilhada no âmbito da produção e divulgação do conhecimento e consequente melhoria da qualidade em saúde, ao nível assistencial e institucional, desenvolvi várias atividades nesse sentido.

Uma das atividades realizadas correspondeu ao planeamento, elaboração e apresentação de uma norma sobre a hidroterapia, mais especificamente sobre aplicação externa da água sob a forma de duche no alívio da dor da parturiente, no primeiro estágio do TP (Apêndice VI). Esta integra a Norma de Orientação Clínica (NOC) relativa à utilização de medidas não farmacológicas no alívio da dor. As NOCs definem-se como um “conjunto de recomendações clínicas, desenvolvidas de forma sistematizada, constituindo um instrumento que se destina a apoiar o profissional de saúde e/ou o doente na tomada de decisões acerca de intervenções ou cuidados de saúde” (Roque A, 2007, citado por Campos, Saturno, & Carneiro, 2010, p.64). Estas possibilitam que os utentes beneficiem dos avanços do conhecimento e da melhor evidência disponível (Campos, Saturno, & Carneiro, 2010). Após a sua realização e análise, a norma foi apresentada numa sessão de formação para a equipa de enfermagem do SUOG e BP, ocorrida no dia 9 de julho. Nesta ação formativa, para além da sua apresentação, foram também abordados e discutidos outros aspetos como o dever do enfermeiro e o direito da mulher/família relativo ao alívio da dor e à promoção de uma experiência positiva de parto, os benefícios da implementação de medidas não farmacológicas e a importância da avaliação da dor em contexto de TP. Foram também identificadas algumas lacunas e dificuldades sentidas na sua implementação e abordadas algumas estratégias que permitirão contornar esses constrangimentos. Segundo Alves (2008), o grande potencial formativo destas reuniões reside essencialmente “na discussão que leva ao processo reflexivo individual e coletivo dos profissionais e a sua consequente integração de conhecimento” (p. 27) e na enorme riqueza dos debates e reflexões individuais que, quando interiorizadas conduzem à mudança de comportamentos.

Destaco também a minha participação enquanto investigadora da Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem (UI&DE), da ESEL. Partilhando o objetivo da UI&DE de “produzir conhecimento na área de Enfermagem e Saúde contribuindo para o aprofundamento e difusão do conhecimento científico no campo da saúde e da enfermagem, através de pesquisas primárias e secundárias” (UI&DE,

s.d.), colaborei no projeto denominado “Cuidar para o desenvolvimento durante o trabalho de parto: a efetividade da hidroterapia na gestão da dor”.

Juntamente com os restantes elementos de UI&DE implicados neste projeto, colaborei na realização dos documentos referentes ao consentimento informado e à colheita de dados. Após a aprovação pela Comissão de Ética em Saúde do Centro Hospitalar onde o estudo se encontra a decorrer, participei na fase de implementação, juntamente com a Sra. enfermeira orientadora e em colaboração com a equipa de enfermagem na qual me inseri.

Com o objetivo de divulgar a evidência identificada através da realização da *scoping review*, participei na elaboração de dois posters e de um *extended abstract*, sob a supervisão da Sra. Prof.^a Alexandra Tereso. O primeiro poster, intitulado “A efetividade da hidroterapia na gestão da dor da parturiente: uma *scoping review*”, foi realizado e afixado no âmbito do dia da ESEL. Neste consta o enquadramento teórico, os objetivos delineados, a metodologia de pesquisa adotada e os resultados obtidos através da *scoping review*, realizada em 2017 no âmbito da UC de Opção. Entre os dias 20 e 22 de junho de 2018, participei no III Congresso Internacional de Investigação Egas Moniz, através da realização de um *extended abstract*, passível de ser publicação na revista *Annals of Medicine* e de um poster intitulado “*Hydrotherapy in the 1st stage of labor and its pain relief effects: a scoping review*”. Este poster reporta-se à *scoping review* realizada em 2018, sobre a temática em causa.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CIENTÍFICAS, TÉCNICAS, ÉTICAS E RELACIONAIS PARA A PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PARTURIENTE/FETO/RN, INSERIDOS NA FAMÍLIA E COMUNIDADE, COM FOCO NA HIDROTERAPIA COMO MÉTODO NÃO FARMACOLÓGICO PARA O CONTROLO DA DOR DURANTE O 1º ESTÁDIO DO TP.

Cuidar a mulher inserida na família e comunidade durante o TP, efetuando o parto em ambiente seguro, no sentido de otimizar a saúde da parturiente e do RN na sua adaptação à vida extra-uterina, corresponde à competência H3 do regulamento de competências específicas do EEESMO (Regulamento n.º 127/2011, 2011) e em simultâneo à finalidade definida para esta UC Estágio com Relatório. Neste percurso de aprendizagem que realizei considero que o desenvolvimento desta competência correspondeu ao maior e mais gratificante desafio vivenciado. A sua consecução exigiu o aprofundamento de inúmeros conhecimentos, a mobilização constante da melhor evidência científica disponível e o desenvolvimento de várias capacidades. O desenvolvimento desta competência integra uma prática de cuidados holísticos e humanizado. No que respeita à concretização dos objetivos específicos delineados, prestei cuidados especializados à mulher/feto/RN e família ao longo dos vários estádios do TP. Em seguida procederei à análise e reflexão das atividades realizadas e dos resultados de aprendizagem obtidos através da sua implementação.

3.1. Promoção da saúde da parturiente e a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina.

Durante este estágio o meu objetivo principal foi proporcionar uma experiência de parto positiva à mulher/família, integrando nesse contexto, a par da evidência científica, as recomendações atuais e as competências inerentes a uma prática de cuidados especializados. A minha atuação sustentou-se no modelo de cuidados intraparto adotado pela WHO (Oladapo, *et al.*, 2018), no qual a tríade mulher/feto/família assumem um papel central, definindo-se como componentes essenciais: os cuidados respeitosos, o suporte emocional prestado por um

acompanhante, a comunicação efetiva, a adoção de estratégias para alívio da dor, uma regular monitorização, documentação, avaliação e feedback do TP, a ingestão oral de alimentos e fluidos, a mobilidade e a escolha da posição de parto, a existência de um plano de parto e a continuidade dos cuidados. Compreendem-se como cuidados respeitosos em obstetrícia aqueles que garantem às parturientes a sua dignidade, privacidade e confidencialidade, nos quais sejam promovidas escolhas informadas e o apoio contínuo durante o TP (WHO, 2018).

Neste estágio, prestei cuidados a 90 parturientes/acompanhantes, procurando sempre estabelecer uma relação de confiança e empatia. Para uma completa avaliação inicial e identificação das necessidades da mulher/acompanhante, procedi à consulta do processo clínico da utente, do boletim de saúde da grávida e ao registo atento e mobilização da informação transmitida pela utente e pela equipa de enfermagem. Nesse sentido também o plano de parto se constituiu como uma ferramenta fundamental para uma prestação de cuidados centrada na utente. “Atuar de acordo com o plano de parto estabelecido com a mulher, garantindo intervenções de qualidade e de risco controlado” (Regulamento nº 127/2011, 2011, p. 5), configura-se como um dos critérios de avaliação da unidade de competência específica do EEESMO, que visa a promoção da saúde da parturiente e a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina. Ao elaborar o plano de parto a mulher/acompanhante assumem a responsabilidade e um papel ativo no seu TP, podendo explorar as suas opções, escolher o que é melhor para si e pensar sobre acontecimentos e situações que possam tornar esta experiência mais significativa (Lowdermilk & Shannon, 2016). Durante o estágio tive acesso a dois planos de parto escritos, no entanto, questioneei sempre a parturiente/acompanhante sobre as suas escolhas e expectativas. Segundo a OE (2015), perante a sua inexistência, a mulher deve ser encorajada a expressar as suas preferências e sentir que estas são suportadas. A sua leitura atenta e posterior discussão com o casal, potenciou um cuidado mais individualizado e humanizado, correspondendo a uma mais valia. No primeiro local de estágio, participei na consulta de plano de parto realizada pela EEESMO. Nesta consulta, agendada mediante a disponibilidade da mulher/acompanhante, o plano é elaborado em parceria com os envolvidos e é promovida uma vivência positiva do processo. Primeiramente é realizada a anamnese, seguida de um momento de partilha de expectativas da grávida/acompanhante relativamente ao seu TP. Durante esta consulta é preenchido

um formulário onde consta toda a informação partilhada e divulgada, sendo no final, após leitura do mesmo, assinado pela grávida e pela EEESMO. No seu decorrer é também apresentada a filosofia de cuidados prestados, as medidas existentes para a promoção de conforto e alívio da dor e algumas normas institucionais existentes com o intuito de salvaguardar sempre o bem-estar materno-fetal, como é exemplo a norma de utilização da hidroterapia sob a forma de imersão. O nível de satisfação expresso pelas grávidas era elevado. Após a consulta esse plano ficava arquivado, sendo mobilizado pelo EEESMO aquando da admissão em TP. Um aspeto que é sempre realçado nessa consulta é a flexibilidade que está inerente à elaboração desse plano. Esta contempla a necessidade de eventual alteração, quer por opção da parturiente, quer por recomendação do profissional de saúde perante desvios do percurso normal do TP ou comprometimento do bem-estar materno-fetal.

A promoção de um ambiente seguro foi também uma prioridade na minha atuação. Este corresponde a um conceito abrangente, complexo, estando intimamente relacionado com a satisfação das necessidades da mulher/família não só de natureza física como psicoemocional, sociocultural e espiritual. O ambiente envolvente deve proporcionar à mulher/acompanhante segurança e privacidade, permitindo que a mulher se sinta livre para ser ela própria enquanto experiencia diferentes medidas de conforto (Lowdermilk & Shannon , 2016). Junto da utente/família proporcionei um ambiente tranquilo, controlando a luminosidade e a temperatura de acordo com as suas preferências, possibilitando ao casal a seleção e a audição de música caso desejado ou o recurso a aromoterapia. A promoção de um ambiente seguro foi também efetivada pela prestação de cuidados culturalmente sensíveis e de apoio emocional. A evidência atual enaltece o fato do nível de satisfação da parturiente/família em relação à experiência de parto ser fortemente determinada pela qualidade da resposta que é dada às suas necessidades de apoio e de interação (O.E, 2015). Entre os envolvidos neste processo de cuidar, destacam-se como elementos fulcrais e preferenciais para a prestação deste suporte emocional, a pessoa escolhida para o acompanhamento no TP e o EEESMO. A Lei n.º 15/2014 de 21 de março, que consolida a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde, reconhece à mulher grávida internada, o direito de acompanhamento, durante todas as fases do TP, por qualquer pessoa por si escolhida. Ao longo deste estágio assegurei sempre o direito ao acompanhamento

durante o TP, promovendo o seu envolvimento no processo de cuidar de acordo com a vontade da mulher e do próprio. Constatei que em alguns procedimentos, como a observação interna, a técnica de analgesia locoregional ou mediante a necessidade de efetuar um parto distócico, alguns elementos da equipa médica solicitavam a saída do acompanhante. Realço que nas situações descritas a opção da parturiente/acompanhante não foi tida em consideração. Nos partos distócicos por cesariana a que assisti, apenas num foi garantido o direito de acompanhamento por uma pessoa significativa. Junto da equipa multidisciplinar foram promovidos momentos de reflexão sobre o exercício deste direito, advogando a favor da parturiente e sustentando-me na lei e evidência atual existente neste sentido.

A minha apresentação, enquanto enfermeira e estudante do CMESMO, foi sempre realizada à mulher e acompanhante, dirigindo-me sempre aos mesmos pelo seu nome e não pelo grau de parentesco ou papel desempenhado. As minhas intervenções nos vários estádio do TP, foram sempre direcionadas para ambos, perspetivando-os como o alvo dos meus cuidados. A minha atuação foi pautada por uma abordagem calma junto da mulher/convivente significativo, o que, citando a OE (2015, p.45) “ajuda a mulher a manter-se confiante”. O suporte emocional que prestei sustentou-se na escuta ativa, na promoção da partilha de sentimentos, na capacitação da parturiente e no toque terapêutico. Lowdermilk & Perry (2011) enunciam a transmissão de louvor e tranquilidade e um comportamento positivo, calmo e confiante, como os pilares do apoio efetivo. Se por um lado a presença e o apoio do enfermeiro obstetra, “aumenta a confiança da mulher e a sua capacidade de coping” (OE, 2015, p.41), por outro é também fundamental que este saiba gerir essa mesma presença, reconhecendo a importância de proporcionar momentos de repouso e privacidade. Entre as capacidades que desenvolvi neste sentido destaco a comunicação efetiva. De acordo com a WHO (2018) constitui-se como evidência a sua valorização como um dos “componentes-chave” para os cuidados respeitosos.

Outro aspecto que condiciona em muito a experiência da parturiente é a dor. Enquadradas no âmbito do meu projeto de estágio, a gestão da dor e a promoção do conforto assumiram especial relevância no meu percurso de desenvolvimento de competências. No contexto do BP apoiei e colaborei com a mulher/acompanhante na implementação de várias medidas e incentivei e proporcionei a aplicação da água sob a forma de duche, como estratégia para a gestão da dor. Os conhecimentos adquiridos

e as experiências vivenciadas no primeiro campo de estágio vieram enriquecer a minha aprendizagem, promovendo o seu desenvolvimento. Detentora de mais conhecimentos, experiência e segurança informei, incentivei, implementei e monitorizei a aplicação das várias medidas não farmacológicas na gestão da dor, estando neste contexto disponível a bola de pilates, a deambulação (existindo vários aparelhos de telemetria que possibilitaram a aplicação desta medida mantendo a monitorização cardiotocográfica), o duche, a música, para além da respiração e da massagem. Um aspeto facilitador foi a motivação demonstrada pela equipa de enfermagem no sentido da promoção do parto normal e para a utilização destas medidas.

No que respeita à gestão da dor, destaco o fato das parturientes terem optado maioritariamente pela associação dos métodos não farmacológicos e farmacológicos. À exceção de duas parturientes, que foram admitidas já em período expulsivo, todas as outras solicitaram a analgesia loco-regional, na fase ativa do TP. Por outro lado, constatei que a maioria das parturientes que havia frequentado o CPPP encontravam-se mais informadas e recetivas à adoção de medidas não farmacológicas, nomeadamente a hidroterapia. Este facto enaltece a importância do papel de educador que o EESMO deverá assumir, ainda numa fase pré-natal, capacitando a mulher/família para a realização de escolhas informadas, compreendendo estas estratégias como recursos de excelência, não só na obtenção de conforto e alívio da dor, mas também para na normal evolução do TP e conseqüente adaptação do RN à vida extra-uterina e estabelecimento do vínculo (Lowdermilk & Shannon , 2016).

De modo a avaliar o nível de dor sentido pela parturiente, utilizei como instrumento de avaliação a EN da dor, que estava instituída no serviço. Das parturientes a quem prestei cuidados no 1º estágio do TP, 21 optaram pelo recurso ao duche para alívio da dor. Previamente à sugestão da aplicação da água quente sob a forma de duche, procedi sempre à avaliação dos critérios de elegibilidade. Após a obtenção do consentimento informado e mediante o desejo das parturientes acompanhei-as ao WC, forneci-lhes o material necessário, garanti a identificação e acessibilidade da campainha de emergência e orientei-as sobre a aplicação da água: locais para aplicação, temperatura, duração e cuidados a ter para a prevenção de acidentes. Foi sempre possibilitada a presença do acompanhante durante o procedimento e nos casos em que tal não foi possível permaneci junto da parturiente.

Como benefícios associados à hidroterapia, as parturientes verbalizaram, o alívio da dor, o relaxamento, a sensação de higiene e ainda a sensação de calma e auto-controlo. No que respeita ao alívio da dor, foi constatada a sua eficácia, no entanto consideraram que apesar do alívio ser rápido, a duração do mesmo é relativamente curta. Na perspetiva das parturientes que acompanhei, o alívio da dor era conseguido assim que direccionavam o jato da água quente para a região dolorosa, e mantinha-se durante a aplicação da mesma, mas após terminarem o duche a intensidade da dor aumentava. A perceção das parturientes, no que respeita ao alívio da dor obtido por intermédio do duche terapêutico, vai ao encontro da evidência identificada pela *scoping review*, nomeadamente no que respeita à sensação de relaxamento e auto controlo que proporciona (Sark, 2017) e ao seu rápido efeito mas de curta duração (Lee, et al., 2013).

É também da competência do EEESMO, “cooperar com outros profissionais na implementação de intervenções de promoção, prevenção e controlo da dor” (Regulamento nº 127/2011, 2011, p. 8664). Assim sendo, colaborei com os anestesistas na realização da técnica analgésica (epidural e sequencial), promovi o consentimento informado, orientei e apoiei a parturiente durante o procedimento, monitorizando o seu bem estar e as possíveis reações adversas ou complicações associadas. Também de acordo com a prescrição médica e o protocolo instituído, procedi à administração de analgesia via epidural e intra-venosa.

Relativamente à ingestão de líquidos e alimentos durante o TP, excepto perante a indicação médica em contrário, proporcionei à mulher a ingestão de líquidos, como água, chá, sumos sem resíduos. Apesar da evidência existente ser considerada de baixa qualidade, esta configura-se como uma recomendação para parturientes de baixo risco, não se verificando, nos estudos realizados, correlação significativa entre a ingestão e a ocorrência de aspiração de conteúdo gástrico (WHO, 2018). Segundo a OE (2015), a privação de alimentos ou líquidos pode ser perspectivada como uma forma de violência.

No meu percurso de aprendizagem, indo ao encontro da filosofia dos cuidados centrados no utente, não implementei intervenções rotineiras, como é exemplo a aplicação de enemas ou realização de tricotomia. De acordo com a WHO (2015), estes procedimentos não são recomendados, não havendo evidência que sustente a relação existente entre a sua realização e a redução das morbilidades infecciosas

maternas e neonatais. Por este motivo e respeitando o direito a auto-determinação e privacidade da mulher, a opção de o fazer deverá ser apenas sua, devendo ser-lhe dada a possibilidade de o realizar no domicílio, onde se sentirá mais confortável.

Outra das competências desenvolvidas foi a promoção da adaptação do RN à vida extra-uterina através da manutenção de um ambiente tranquilo, íntimo e seguro, aquecido, com pouca luminosidade e ruído, livre de estimulação e manipulação excessiva. Também a clampagem tardia do cordão, a implementação do contacto pele a pele e da amamentação precoce foram outras medidas instituídas nesse sentido. A implementação destas medidas foi antecedida pela obtenção do consentimento esclarecido da mulher/acompanhante, verificando se correspondia à sua vontade, informando-os sobre as recomendações existentes, os cuidados inerentes, os seus benefícios e esclarecendo as dúvidas colocadas. Na maioria dos partos assistidos, procedi à clampagem tardia do cordão, aguardando que este deixasse de pulsar, esperando pelo menos um minuto para o fazer. As únicas situações em que tal não se verificou foi perante a existência de circulares cervicais não redutíveis e numa situação em que o RN necessitou de ser sujeito a manobras de reanimação. A minha atuação vai ao encontro das recomendações atuais existentes. Segundo a WHO (2014), a clampagem tardia do cordão deverá ser realizadas aproximadamente entre o 1^a e 3^o minuto após o nascimento, sendo fortemente recomendada em todos os nascimentos, enquanto se iniciam em simultâneo os cuidados neonatais essenciais. A clampagem precoce encontra-se apenas recomendada em situações de asfixia neonatal e perante a necessidade de manobras de ressuscitação.

No que respeita ao contacto pele a pele, este foi um desejo manifestado por todas as mães/acompanhantes a quem prestei cuidados, demonstrando conhecimentos sobre as vantagens implicadas. De acordo com a WHO (2018), esta medida é fortemente recomendada, devendo os RNs sem complicações associadas, permanecerem em contacto pele a pele com as suas mães, durante a primeira hora após o nascimento de modo a prevenir a hipotermia e a promover a amamentação. Numa das situações, por opção do casal, foi realizado contacto pele a pele com o pai. Para o pai, o parto corresponde a um momento no qual vivencia intensas emoções e experiencia o primeiro contacto com o seu filho sem ser por intermédio da mulher. A evidência existente demonstra que a sua participação no TP e o estabelecimento do contacto pele a pele, promove a vinculação precoce pai/filho, contribui para o

fortalecimento dos laços afectivos, potencia o seu desempenho parental e o envolvimento emocional da tríade (Pereira M. A., 2005)

Promovi também a amamentação no 3º e 4º estádios do TP. De todas as puéperas a quem prestei cuidados, apenas uma não pretendeu amamentar, sustentando a sua opção numa má experiência anterior. De acordo com a WHO (2017), todos os RN, incluindo os de baixo peso, que se encontrem capazes de ser amamentados, deverão ser adaptados à mama o mais cedo possível após o nascimento, quando se encontrarem clinicamente estáveis e quando a mãe e o bebé estiverem prontos para tal. Na minha atuação tive presente as medidas preconizadas, aplicáveis ao contexto de bloco de partos, promovi o alojamento conjunto e a vinculação da tríade.

3.2. Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido

“A avaliação da evolução do TP e a sua condução são um aspeto fundamental da assistência da parteira, com interferência direta nos resultados maternos e neonatais” (OE, 2015, p. 42). Compreendendo a importância da vigilância do bem-estar materno-fetal e da evolução do TP, procedi à sua monitorização, mobilizando e aprofundando os meus conhecimentos, as minhas competências e os recursos disponíveis. Escutar, observar, estar atenta e valorizar as indicações que a parturiente e o feto nos vão transmitindo, constituem-se como ferramentas essenciais para a vigilância do TP e exigem do EEESMO um elevado nível de competência e perspicácia. O meu desenvolvimento destas competências foi sendo aprimorado através do acompanhamento dos EEESMOS em exercício, da orientação dada pela Sra. enfermeira que me acompanhou e da própria prestação de cuidados especializados à mulher/família.

A monitorização cardiotocográfica (CTG) representa um importante contributo na vigilância do TP. Apesar de não ser recomendada a monitorização de rotina em grávidas saudáveis que entrem espontaneamente em TP, quer no momento da admissão, quer de forma continua durante a sua evolução (WHO, 2018), esta corresponde a uma prática comum. Graça (2017), enuncia como vantagens do CTG intraparto, o registo contínuo ou em suporte papel da FCF e das contrações uterinas,

a avaliação da variabilidade da FCF, a identificação de padrões periódicos e a possibilidade de rever o comportamento da FCF no decorrer do TP. Como desvantagens, destacam-se a possível discrepância entre os observadores na interpretação dos traçados e uma maior medicalização do parto.

Durante este estágio procedi à monitorização cardiotocográfica, à leitura e à interpretação dos respetivos traçados. Para uma interpretação correta do CTG, são fundamentais a compreensão pormenorizada das várias “respostas fisiológicas e fisiopatológicas do feto” perante determinadas situações e a sua subsequente aplicação na interpretação dos traçados, o que exige uma prática regular (Graça 2017). No que respeita aos traçados apresentados identifiquei situações de alteração da variabilidade da FCF, mais especificamente baixa variabilidade, taquicardia e bradicardia fetal, desacelerações precoces e tardias de rápida e de lenta recuperação. Perante cada achado atuei em conformidade e solicitei sempre que necessário a colaboração da equipa de enfermagem e da equipa médica. Analisei criticamente junto da Sra. enfermeira orientadora os traçados e as situações vivenciadas, refletindo sobre a minha atuação.

De acordo com a avaliação do bem-estar materno fetal, na ausência de indicação para a monitorização contínua (como são exemplo as induções de TP, a condução do mesmo com uterotónicos, CTG não tranquilizador ou instabilidade hemodinâmica materna) e indo ao encontro do desejo materno, proporcionei a monitorização intermitente ou recorri à telemetria de modo a promover a verticalidade, a liberdade de movimentos e a deambulação no TP. Perante a necessidade de uma avaliação do bem-estar fetal mais precisa, observei a realização de uma monitorização interna e, posteriormente realizei uma, tendo o cuidado de obter o consentimento informado da parturiente e assegurar os requisitos implícitos a este procedimento, ou seja, a rutura de membranas, dilatação cervical de pelo menos 2 a 3 cm, uma apresentação fetal suficientemente descida de modo a determinar o local do escalpe fetal e colocar corretamente o cateter espiralado para esse efeito (Lowdermilk & Shannon , 2016).

Outro meio de monitorização do TP é a avaliação interna realizada no exame vaginal. A sua realização permite não só avaliar a evolução do TP, como também a apresentação, a variedade fetal e a estrutura pélvica. Não existindo atualmente recomendações específicas sobre qual a frequência mais adequada do exame

vaginal, de modo a promover a privacidade, evitar a morbidade infecciosa materna/fetal e neonatal, recomenda-se a restrição do número de exames vaginais e da sua frequência, sobretudo perante fatores de risco como a rutura prolongada das membranas e a presença de Streptococos B hemolítico no exsudado vaginal, ano-retal ou na urina (WHO, 2018). Tendo esta recomendação presente restringi os exames vaginais apenas aos estritamente necessários e procurei preservar a privacidade da mulher durante o procedimento. Também a observação física, não invasiva, se constitui como um excelente recurso do EEESMO, não só pela informação que esta pode proporcionar, mas também pelo fato de causar menos desconforto, maior preservação da intimidade e privacidade da parturiente e menor risco de infeção associado (OE, 2015). Esta integra a realização das manobras de Leopold, a observação do estado geral, a avaliação dos parâmetros vitais e alguns indicadores da evolução do TP, como a visualização da linha púrpura, o triângulo de Michaelis, as alterações perineais, a descida da apresentação fetal e do local para a auscultação da FCF e a alteração comportamental da parturiente.

A utilização do partograma também se destaca como uma ferramenta essencial para a monitorização do TP pois reúne de forma sistematizada a informação relevante sobre a parturiente/acompanhante quer no âmbito da gravidez, quer do TP. Segundo a OE, “este não é apenas um documento de registo, é também um instrumento de diagnóstico” (OE, 2015, p.42). O seu preenchimento criterioso, permitiu-me conhecer e interpretar de forma rápida a evolução do TP e o bem-estar materno-fetal durante o processo. O partograma é também considerado um documento legal, fazendo parte integrante do processo clínico da parturiente, realçando a importância do rigor no seu preenchimento, devendo constar “todos os acontecimentos, interações, avaliações e decisões tomadas por todos os intervenientes” (OE, 2015, p. 42) e permite assegurar a continuidade de cuidados por intermédio da transmissão de informação.

No decorrer estágio concebi, planeei, implementei e avaliei intervenções adequadas aos diversos estádios do TP. No primeiro estágio do TP, procedi à vigilância de 90 parturientes que, na sua maioria, corresponderam a gestações de termo, admitidas por contratilidade ou rutura espontânea da bolsa de águas. Nos TP de início espontâneo, promovi a sua evolução fisiológica, no entanto nem sempre foi possível manter essa atitude. Por indicação médica, em algumas situações, foi iniciada perfusão ocitócica para condução do TP, sob o consentimento informado da

mulher/família. O uso de ocitocina para a aceleração do TP não corresponde a uma prática recomendada. Esta deverá apenas ser utilizada em situações de progressão de TP prolongada, sob analgesia epidural (WHO, 2018).

Outra prática não recomendada quando instituída de forma rotineira é a amniotomia (WHO, 2018). Durante este estágio procedi a 5 amniotomias, realizadas com o intuito de avaliar as características do líquido amniótico e de abreviar o TP perante suspeita de sofrimento fetal e em situações de progressão prolongada de TP. Esta técnica foi sempre realizada tendo presente os cuidados inerentes e os riscos associados, como é exemplo o prolapso do cordão umbilical ou de parte do corpo fetal.

No que respeita ao 2º estágio do TP, inicialmente encontrava-me muito focada na técnica e nos mecanismos do parto, mas fui rapidamente conseguindo ter uma visão mais global e mais holística da situação, interagindo com a mulher, com o acompanhante e com a restante equipa multidisciplinar. Tendo presente a recomendação da WHO (2018) sobre a duração do 2º estágio do TP, informei a parturiente que esta seria variável de mulher para mulher e promovi várias intervenções facilitadoras da descida da apresentação e da rotação fetal. Decorridas 3 horas de dilatação completa nas nulíparas e 2 horas no caso de múltiparas, durante as quais não se verificou evolução positiva, solicitei a presença do obstetra para reavaliação da situação. No período expulsivo, tive sempre em consideração a FCF e as características do líquido amniótico. Sendo as desacelerações precoces de rápida recuperação com variabilidade mantida, fisiológicas neste período, a minha atenção focou-se nos possíveis desvios da normalidade, como as desacelerações tardias de lenta recuperação e as bradicardias mantidas (OE, 2015). Perante situações de suspeita ou de sofrimento fetal confirmado, foi sempre solicitada a presença e a colaboração da equipa multidisciplinar.

Quanto à posição do parto respeitei sempre a vontade da mulher informando-a sobre os benefícios da assunção de posições mais verticais ou lateralizadas. Dos partos realizados, um decorreu no banco, um em posição de quatro apoios, um em posição de cócoras, três em posição lateral e três em posição de semi-sentada. Os restantes decorreram em posição de litotomia por opção da parturiente. Os partos verticalizados estão associados a uma redução da duração do 2º estágio, a menos partos instrumentados, a menos episiotomias, a menor dor e menor ocorrência de

alterações de FCF. Estão também associados a maior ocorrência de lacerações perineais e perdas hemáticas superiores a 500ml (OE, 2015).

Com o intuito de proteger o períneo e risco de laceração extensa apliquei a manobra de *Ritgen* modificada e compressas embebidas em água quente para maior distensão dos tecidos perineais. Apenas nos partos que decorreram no banco e na posição de cócoras não foi aplicada esta manobra, tendo optado por uma abordagem *hands off*. Apesar da evidência existente apontar para uma menor incidência de lacerações de Grau III e episiotomias no caso da abordagem *hands off*, existe também evidência que a abordagem *hands on* se encontra associada a menor dor perineal (Lowdermilk & Shannon , 2016).

Todos os fetos em apresentação pélvica foram extraídos por cesariana, não sendo possível aplicar as manobras lecionadas relativamente ao parto pélvico via vaginal, em situação de urgência.

No decorrer do estágio vivenciei três situações de distócia de ombros. Em 2 colaborei aplicando a manobra de McRoberts e a pressão supra-púbica. Na outra procedi à técnica de episiotomia e ao desencravamento dos ombros, com o apoio da Sra. enfermeira orientadora e a colaboração das colegas. Realço ainda que apesar de conhecer as vantagens inerentes à manobra de Somersault, perante situações de circulares cervicais, mantendo o cordão intacto e potenciando o aumento do volume de sangue ao RN e consequentemente dos aportes de ferro e oxigénio (OE, 2015), constatei que era uma manobra pouco utilizada.

Uma competência no âmbito do diagnóstico precoce e da prevenção de complicações para a saúde do RN que desenvolvi diz respeito à sua avaliação imediata, implementando medidas de suporte na adaptação à vida extrauterina (Regulamento nº 127/2011, 2011). Neste sentido, tive a oportunidade de prestar cuidados imediatos, bem como de otimizar a adaptação à vida extrauterina, a 22 bebés, cujos partos foram realizados por outros profissionais. Esses cuidados imediatos integraram as seguintes intervenções: assegurar a permeabilidade das vias aéreas; a secagem da pele, ficando em contacto com a pele da sua mãe, cobrindo-o com um pano seco e aquecido; a administração da vitamina K foi feita, na maioria das vezes com o RN em contacto pele a pele ou a ser amamentado, conforme recomendação da WHO (2018), sob consentimento informado da mãe. Após terminar o contacto pele a pele, procedi à observação sistematizada do RN, no sentido céfalo-

caudal, despistando possíveis malformações morfológicas/funcionais, sinais de alarme e avaliação do peso.

Vivenciei ainda uma situação em que se revelou necessária a reanimação neonatal. Não tendo sido possível prestar cuidados diretos ao RN, colaborei providenciando apoio ao casal, mantendo uma atitude calma e esclarecendo as questões colocadas. O apoio prestado englobou o acompanhamento desta família até ao momento da alta do RN. Ao longo deste estágio revii várias vezes o algoritmo da reanimação neonatal, fazendo parte dos meus documentos de bolso.

3.3. Prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto

Na prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e ou com o TP, a prestação de suporte emocional assume especial relevância. Perante uma situação de risco, que possa colocar em causa o bem-estar materno e/ou fetal, a mulher/família poderá experienciar sentimentos de ansiedade, stress, receio, culpa, frustração, podendo comprometer o seu desempenho e envolvimento no TP, assim como a vinculação e o desenvolvimento dos seus papéis parentais (Lowdermilk & Shannon , 2016). Também as experiências anteriores, quer relativas à gravidez, quer ao TP poderão ser influentes.

Ao longo deste estágio concebi, planeei, implementei, avaliei várias medidas de suporte emocional, entre as quais destaco a promoção da presença e envolvimento do acompanhante, o encorajamento, o reforço positivo e o toque terapêutico. Através de uma abordagem calma e confiante, proporcionei momentos de partilha de sentimentos e receios, recorrendo à comunicação efetiva como ferramenta essencial. “A comunicação e a linguagem utilizadas são peças fundamentais na assistência da parteira” (OE, 2015, p. 40), podendo facilitar ou dificultar todo o processo. Desta forma adequiei sempre a minha comunicação, recorrendo a uma linguagem precisa e clara, mantendo um fôlego e uma postura tranquila e gerindo os momentos de silêncio. Informe sempre a mulher/acompanhante para que pudessem participar na tomada de decisão, suportando as suas opções. Em algumas situações, que de alguma forma excederam o âmbito das minhas competências, solicitei e colaborei com outros profissionais da equipa multidisciplinar.

Ao longo deste estágio contactei com diversas situações patológicas relativas aos fetos (como a prematuridade, as restrições de crescimento fetal, alterações de fluxos) e alterações maternas (como situações de ameaça de parto pré-termo, rutura prematura de membranas, patologia hipertensiva, diabetes gestacional, patologia cardíaca prévia à gravidez e patologia psiquiátrica). Perante cada situação específica, intervi de acordo com os protocolos existentes e mobilizei para a prática os conhecimentos lecionados. A minha atuação foi sempre realizada sob a supervisão da Sra. Enfª orientadora, colaborando com os vários elementos da equipa multidisciplinar e referenciando as situações que ultrapassassem as minhas capacidades e competências.

No que respeita ao terceiro estágio do TP todas as mulheres apresentaram dequitações naturais, tendo sido possível identificar os dois mecanismos de descolamento placentar (Duncan e Schultz). Mantendo uma atitude expectante, proporcionei, quando possível, a realização de contacto pele a pele e adaptação do RN à mama, estimulando a libertação da ocitocina e favorecendo o processo da dequitação. A expulsão da placenta foi gentilmente apoiada e auxiliada através do seu peso e da realização dos movimentos circulares sobre a mesma. Presenciei duas situações de rutura de membranas. Apesar de ter sido realizada a pesquisa no canal de parto, foi informada a equipa médica que procedeu ao controlo ecográfico. No que respeita a alterações placentares, observei uma placenta sucenturiada e uma placenta com presença de calcificações (Grau III).

Após a dequitação, foi administrada ocitocina profilaticamente, de modo a prevenir situações de atonia e hemorragia, constando como uma prática recomendada pela WHO (2018). Procedi à avaliação do canal de parto, aplicando quando necessário as técnicas de reparação adequadas, tendo em consideração que a reparação imediata causa menor desconforto, promove a cicatrização, limita o dano residual e diminui o risco de infeção (Lowdermilk & Shannon, 2016). Durante o estágio, assisti 41 partos. Onze puérperas não necessitaram de reparação do períneo. Realizei 8 episiotomias e respetivas suturas. Procedi também à sutura de 11 lacerações de grau I e a 11 lacerações de grau II. Perante uma laceração de grau III, foi solicitada a presença médica que procedeu à sua reparação imediata. De modo a reduzir a dor e o desconforto causado pela reparação, procedi em alguns casos à administração local de lidocaína. A sutura perineal correspondeu a uma das

dificuldades sentidas inicialmente. Tendo sempre presente as implicações que a lesão perineal e a sua incorreta reparação poderá ter ao nível físico, psicológico, sexual, social e ainda na capacidade da mulher para o cuidado ao RN, cabe ao EEESMO ser competente neste procedimento, contribuindo para a melhoria da condição e do bem-estar da mulher no pós-parto (Lowdermilk & Shannon , 2016). A prática simulada relativa à técnica de sutura foi bastante enriquecedora sobretudo no que diz respeito ao manuseamento dos instrumentos de sutura, às linhas, ao conhecimento do tipo de pontos. Se inicialmente necessitava de muito apoio na realização da técnica, fui gradualmente ficando mais autónoma e ganhando maior destreza e confiança, não descurando a responsabilidade e o nível de perícia exigido.

O quarto estágio do trabalho de parto corresponde a um período crucial para a mãe/RN/família. Este período corresponde não só a uma fase de recuperação física para a tríade, mas também a uma fase de adaptação, descoberta, conhecimento e familiarização (Lowdermilk & Shannon , 2016). Compreendendo as duas primeiras horas do pós-parto, é fundamental que durante o mesmo se proceda a uma vigilância cuidada quer da puérpera quer do RN. Também neste estágio o EEESMO desempenha um papel essencial na promoção da transição para a parentalidade e da vinculação. De acordo com as recomendações atuais, deverá ser proporcionado, mediante o desejo da mulher, a manutenção do contacto pele a pele e amamentação. Os cuidados inerentes a este estágio integram a sutura perineal, a vigilância da contratilidade uterina e das perdas hemáticas a observação física pormenorizada da puérpera e RN, realizada com o intuito de despistar possíveis complicações, a promoção da vinculação da tríade e da amamentação.

Nesta fase o contacto estabelecido com a sua mãe é o meio mais seguro para facilitar a adaptação à vida extrauterina. No entanto esta transição pode ser pautada por um conjunto de intercorrências e complicações que devem ser despistadas como é exemplo a hipotermia, hipoglicémia (mediante o peso de nascimento e algumas patologias maternas associadas como a diabetes), síndrome de dificuldade respiratória, hemorragia, entre outros. Também neste estágio procedi à avaliação da dor do RN foi utilizando para o efeito a escala de EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né).

3.4 Concretização dos requisitos preconizados pela diretiva da união europeia (art.º 27 da diretiva 89/594/CEE de 30 de outubro de 1989)

A diretiva da União Europeia de 30 de outubro de 1989, que integra a coordenação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes às atividades de médico, de veterinário e de parteira, enuncia no seu capítulo 5, art.º.27, respeitante ao ensino prático e clínico, os critérios definidos para a obtenção do título de EEESMO, sob vigilância adequada. Nesse âmbito preconizam-se como requisitos a realização de cem exames pré-natais, a vigilância e prestação de cuidados a pelo menos 40 parturientes, a realização de 40 partos e participação ativa em partos de apresentação pélvica, a sutura de episiotomias e de lacerações simples do períneo, a vigilância e prestação de cuidados a 40 grávidas em situação de risco (durante ou depois do parto), a vigilância e prestação de cuidados, incluindo exame a pelo menos 100 puérperas e RNs e a observação e prestação de cuidados a RNs que necessitem de cuidados especiais (Diretiva 89/594/CEE, 1989).

No âmbito da vigilância da gravidez, no contexto do EC III (referente à prestação de cuidados especializados no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva, à mulher inserida na família e comunidade, durante o período pré-concepcional, pré-natal, pós-natal e climatério) do EC IV (respeitante aos cuidados à grávida/casal em situações de risco materno-fetal) e da UC Estágio com Relatório, realizei 201 exames pré-natais (auscultação dos BCF, avaliação da altura do fundo do útero, exame vaginal, CTG, monitorização interna).

No decorrer da UC Estágio com Relatório prestei cuidados a 90 parturientes no primeiro estágio do TP, assisti 41 partos e participei ativamente em 22 partos distócicos. Não foi possível participar em partos de apresentação pélvica, tendo realizado esta formação através da prática simulada. Dos 41 partos, procedi à sutura de 22 lacerações e 8 a episiotomias. No Ensino Clínico IV e na UC de Estágio com Relatório prestei cuidados a 90 grávidas em situações de risco, com diversas patologias concomitantes ou associadas à gravidez. Já no período de pós-parto prestei cuidados a 102 puérperas e recém-nascidos, quer no âmbito do Ensino Clínico II, referente aos cuidados à mulher e R.N inseridos na família e comunidade durante o período pós-natal, quer da UC Estágio com Relatório.

4. DESENVOLVIMENTO DA CAPACIDADE DE REFLEXÃO INERENTE AO PERCURSO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A reflexão surge com um elemento fulcral no processo de aprendizagem, quer ao nível pessoal quer profissional. Perspetivando o EEESMO como um enfermeiro de prática avançada, descrevem-se como pilares da sua práxis, a prática sustentada na evidência e a reflexão sobre a mesma. O processo reflexivo constitui-se com um motor de desenvolvimento e de mudança, representando um potencial transformador da pessoa e da sua prática profissional (Oiveira & Serrazina, 2002). Este permite assim adquirir e desenvolver novos níveis de competência e caminhar no sentido da excelência do exercício profissional. De acordo com o artigo 109º, do Código Deontológico do Enfermeiro, este deverá procurar e assumir em todo o ato profissional a excelência do exercício, ao analisar regularmente o trabalho realizado reconhecendo eventuais falhas que exijam mudança de atitude (Lei n.º 156/2015, 2015).

Ao longo deste estágio, o desenvolvimento da minha capacidade de reflexão, inerente ao meu percurso de desenvolvimento de competências, foi assegurado por intermédio de várias atividades. Junto do docente orientador e da equipa multidisciplinar refleti sobre as práticas de cuidados, sobre o meu desempenho e o percurso de aprendizagem. No que respeita à utilização da hidroterapia houve lugar a uma partilha de experiências e perspetivas, analisando os fatores facilitadores e os constrangimentos inerentes à sua utilização. Também os momentos planeados para a análise das práticas com os colegas de curso e os docentes se revestiram de especial importância para o desenvolvimento desta capacidade.

Recorrendo ao Ciclo de Gibbs de forma a orientar o exercício reflexivo e a sistematizar o pensamento, elaborei dois jornais aprendizagem. Um Jornal de Aprendizagem é em si mesmo um instrumento e uma estratégia da prática reflexiva. Neste, o sujeito implica-se na compreensão das experiências vivenciadas, através da consciencialização, reflexão e pensamento crítico (componentes estruturas do eixo da prática reflexiva), tendo em consideração, a par da razão, a dimensão psicoafectiva que lhe é indissociável (Santos, 2009). Através da sua realização o indivíduo identifica-

se e conhece-se como autor em situação, refletindo sobre a sua ação (nas suas implicações sobre si mesmo e sobre o outro), os pensamentos e os sentimentos experienciados. Nestes refleti tendo por base situações da prática clínica, confrontando as minhas ações, os meus sentimentos e pensamentos em circunstância com a evidência existente e delineando um plano de ação futura em situações similares. Identifiquei também os aspetos positivos e negativos presentes na experiência refletida e, através da sua análise, construí um novo sentido que orientação para a minha prática futura. Citando Santos (2009), a prática reflexiva promove a “auto-implicação do sujeito no esforço individual de crescimento” (Santos, 2009, p.90). Também a elaboração deste relatório de estágio implicou o desenvolvimento da minha capacidade de reflexão para conseguir descrever analiticamente todo o processo de aprendizagem. Ao elaborá-lo analisei todo o percurso realizado, as competências que adquiri e desenvolvi.

Refletir sobre a ação promove no individuo a consciencialização do conhecimento e permite que “o saber experienciado e construído, sustente cautelosamente o futuro e o seu entendimento” (Pereira-Mendes, 2016, p. 3).

5.CONSIDERAÇÕES ÉTICAS E LIMITAÇÕES DO PERCURSO DESENVOLVIDO

Ao longo do percurso efetuado, o foco dos cuidados prestados foi sempre a mulher/família. Segundo o art.º 102 do Código Deontológico do Enfermeiro, o respeito pelos direitos humanos na relação com os utentes, constitui-se como um dos princípios orientadores da prática de Enfermagem (Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, Secção II, 2009). Nos cuidados que prestei à mulher/família respeitei os seus valores e preferências e promovi a sua autonomia. Perante a tomada de decisão da mulher sobre uma intervenção ou perante a sua livre expressão de vontade, demonstrei uma atitude de suporte. Atendi às suas necessidades de conforto, fazendo-o de forma holística. Promovi a equidade dos cuidados prestados, o respeito pela dignidade humana e pela intimidade da mulher/família.

Também os princípios éticos e deontológicos presentes Código Deontológico do Enfermeiro foram tidos em consideração no meu desempenho. No primeiro contacto estabelecido com cada mulher/família, apresentei-me sempre como sendo enfermeira e aluna do CMESMO. Apesar de não ter havido situações em que a mulher/acompanhante expressassem o seu desagrado em relação à minha participação na prestação de cuidados, tive sempre presente a liberdade de opção de serem cuidados por outro enfermeiro, conforme o artigo 104.º do Código Deontológico do Enfermeiro (Lei n.º 156/2015, 2015). Também neste artigo é mencionado o dever de assegurar a continuidade dos cuidados. A continuidade dos cuidados abrange um conjunto de dimensões que propiciam um contributo inequívoco ao nível da qualidade dos cuidados prestados, da promoção da saúde da mulher e família e consequente satisfação com o cuidado recebido. Esta foi uma prioridade da minha atuação, não só mediante a realização dos registos como também através da transmissão de informação, sempre que me ausentasse do serviço, nos momentos de passagem de turno e no momento da transferência da utente para outros serviços. A fragmentação do cuidado pode originar orientações confusas, maior probabilidade de erros e duplicação de informação, acompanhamento inadequado, processos disfuncionais na vivência das diferentes etapas de vida e do seu processo de saúde/doença e

diminuição do potencial de saúde do utente/família e da sua capacidade para gerir a sua rede de apoio (Mendes, Gemitto, & Caldeira, 2017).

No que respeita à confidencialidade e indo ao encontro do dever do sigilo, enunciado no art.º 106 do Código Deontológico do Enfermeiro, mantive sempre o anonimato da mulher/RN/família, partilhando a informação apenas com os envolvidos no plano terapêutico (Lei n.º 156/2015, 2015). Também relativamente às informações expostas neste relatório salvaguardei o anonimato, quer das instituições onde estagiei, quer dos profissionais que me acompanharam e das mulheres/RN e família a quem prestei cuidados.

Ao longo deste estágio procurei também alcançar a excelência do exercício, através da análise regular e da reflexão sobre o meu desempenho, reconhecendo eventuais limitações e reformulando o meu plano de intervenção e a minha atitude. Neste âmbito realço ainda o meu empenho na atualização dos meus conhecimentos, na aprendizagem contínua e em utilizar de forma competente as tecnologias ao meu dispor, “sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8080).

Inserida numa equipa multidisciplinar, atuei sempre de forma responsável, reconhecendo as lacunas do meu desempenho, os limites da minha área de competência e solicitando a colaboração de outros profissionais. Estando consciente dos meus deveres para com a profissão, mantive sempre uma apresentação cuidada e uma conduta pessoal adequada.

Relativamente às restantes limitações ao percurso desenvolvido identifico o fator temporal, a dificuldade por vezes sentida em conciliar as atividades planeadas com o meu horário laboral e a minha vida familiar. Também no que respeita à implementação do meu projeto identifico a impossibilidade de ter prolongado a minha aprendizagem no primeiro contexto clínico (o que se deveu a aspetos económicos e familiares) e de não ter sido possível observar e participar na implementação da hidroterapia sob a forma de imersão.

6. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Neste percurso de aprendizagem foram inúmeros os contributos obtidos que se repercutiram no meu enriquecimento pessoal e profissional e na qualidade dos cuidados prestados.

Com o intuito de desenvolver uma PBE, a realização da *scoping review*, possibilitou-me mapear a evidência disponível sobre a temática abordada. Esta atividade permitiu consciencializar-me acerca da importância da investigação como fundamento da prática e da prática como ponto de partida para a investigação. Dada a indissociabilidade e os contributos destas duas dimensões, investigação e prática, para a Enfermagem enquanto profissão e disciplina, torna-se fundamental a compreensão e redução do hiato significativo que existe entre a produção do conhecimento em Enfermagem e a sua incorporação no cuidar (Pereira R. P., 2017).

A transferência da evidência obtida, através da investigação em saúde, para a práxis, processo designado por translação de conhecimento, revela ser um desafio complexo, mas essencial não só para a tomada de decisão relativa ao cuidado direto da mulher/família, mas também a um nível mais abrangente, na elaboração e reestruturação de políticas/programas em saúde. Adequar a evidência com o intuito de garantir que o utente recebe o cuidado que necessita, implica o conhecimento da natureza complexa e multidimensional que reveste os cuidados de saúde. Este caráter translacional dos achados, sustenta-se na interação entre quem desenvolve a pesquisa e quem aplica os resultados da mesma na prática clínica, só assim sendo possível prover um cuidado de enfermagem seguro e assegurar o sucesso de uma PBE (Crossetti & Goés, 2017).

Promover a investigação clínica surge como uma das ações que visa dar resposta à prioridade estratégica do Plano Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, no âmbito da melhoria da qualidade clínica e organizacional. Definindo qualidade em saúde como a “prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão” (Despacho n.º5613/2015, p. 13551), esta pressupõe a adequação dos conhecimentos e competências do profissional às necessidades e expectativas do utente e à realidade dos contextos da prática.

Outro dos contributos obtidos relaciona-se com o desenvolvimento do raciocínio clínico e do pensamento crítico. O raciocínio clínico está presente em todas as intervenções e decisões do enfermeiro, bem como em todas as etapas do processo de enfermagem. Inerente ao seu aprimoramento do raciocínio encontra-se o treino do pensamento crítico com base quer nos conhecimentos, quer no contexto da práxis. Segundo Cerullo & Cruz (2010), o desenvolvimento do pensamento crítico corresponde a um processo de orientação da mente no qual se integra o domínio afetivo e cognitivo. Como estratégias para o seu desenvolvimento destaco o exercício reflexivo sobre a prática, a relação estabelecida com a mulher/família, o ambiente de trabalho no qual me inseri, sendo este promotor da reflexão e discussão entre os pares, a observação dos profissionais em exercício e a mobilização dos meus conhecimentos e competências perante situações novas, em contextos multidisciplinares. De acordo com Silva & Silva (2004), só a plena interação entre o individuo, a formação e o contexto possibilita que os processos formativos potenciem o desenvolvimento de capacidades de resolução de problemas e do pensamento criativo.

Foi com o intuito de desenvolver competências e obter contributos essenciais para a minha prática de cuidados que me propus a realizar parte deste estágio no HAP da região norte. Neste contexto contactei com uma filosofia de cuidados pautada pela humanização, proximidade e continuidade. No seu modelo de cuidados, a mulher/família assume, indubitavelmente, um papel central e ativo e o respeito pelas suas necessidades, expectativas, crenças e valores são uma realidade. Exemplo disso é a existência da consulta de plano de parto, realizada por um enfermeiro obstetra, na qual participei. Durante a minha permanência nesse serviço foi-me possibilitada a participação nas sessões do CPPP, nas quais foram abordadas as temáticas da dor em TP e da sua gestão através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Nestas sessões a dor é compreendida como sendo positiva e necessária e são apresentadas e proporcionadas todas as medidas de conforto e gestão da dor disponíveis, de acordo com a sua preferência. As manifestações da sua dor deverão ser valorizadas e entendidas não como a expressão de sofrimento mas do grande esforço que está a realizar. A mulher é então incentivada a “expressar as suas sensações físicas sem constrangimentos ou restrições” (OE, 2015, p.44). A gestão da dor é centrada na mulher, sendo esta capacitada para lidar com a mesma e para

confiar no seu corpo e na sua capacidade de parir. Nestas sessões são apresentadas e exemplificadas várias medidas não farmacológicas que se encontram disponíveis no BP tais como: a liberdade de movimentos, a respiração, a bola de pilates, a música, a aplicação de calor e de frio, o rebozo, a massagem e a hidroterapia, tendo tido a oportunidade de as proporcionar à mulher e acompanhante de acordo com a sua preferência. Outra atividade interessante em que pude participar foi o CPPP em meio aquático. Nestas, fui incluída no grupo de casais participantes e pude observar os efeitos associados ao uso da água, referindo-me ao efeito hidrocínético, hidrostático e aos benefícios físicos e psicoemocionais que lhe estão associados. Foi também extremamente interessante constatar que o meio aquático e que os exercícios nele realizados permitem uma maior consciencialização da mulher sobre o seu corpo e sobretudo sobre a respiração, sendo extremamente útil no contexto de TP. Na partilha de experiências com os casais foi notório o seu elevado grau de satisfação e bemestar.

As principais razões que me motivaram a solicitar este campo de estágio foi o fato de disponibilizarem a hidroterapia sob a forma de imersão, às parturientes no primeiro estágio do TP e de poder constatar na prática a filosofia de cuidados prestados. Este corresponde atualmente ao único serviço hospitalar, ao nível nacional, que proporciona esta medida. Não tendo sido possível observar a utilização da hidroterapia sob a forma de imersão, foi possível aceder aos protocolos existentes e aperceber-me dos recursos implicados. Junto da equipa de enfermagem participei em momentos de partilha, reflexão e discussão das suas experiências relativas ao uso da hidroterapia, nas quais expressaram as suas perceções sobre a efetividade da medida, o grau de satisfação das parturientes/acompanhantes e dos benefícios associados à sua utilização.

Neste contexto, a equipa de enfermagem é apenas constituída por EEESMOS e todos partilham a mesma filosofia de cuidados e encontram-se motivados para a promoção de um parto normal. A vigilância do TP sustenta-se na filosofia de intervenção mínima, dando-se ênfase ao suporte contínuo do EEESMO e do acompanhante, ao recurso a medidas não farmacológicas para a obtenção de conforto e gestão da dor e à opção pelo parto verticalizado. Os partos nos quais participei foram, à exceção dos distócicos, realizados em posições verticalizadas, de acordo com a opção da parturiente, adotando-se uma postura “hands-off”.

Todos os enfermeiros participam de forma rotativa nas várias atividades (consulta de diagnóstico pré-natal, consulta de risco, consulta de termo, consulta de plano de parto e nas sessões de preparação para o parto e para a parentalidade) e prestam cuidados nos vários serviços (bloco de partos, atendimento de urgência, internamento de grávidas e puerpério) o que proporciona uma maior proximidade com a mulher/família e continuidade dos cuidados. Foram vários os momentos de partilha de experiências e conhecimentos em equipa, constituindo-se como momentos de plena aprendizagem. Apesar de se tratar de um estágio de observação participativa, considero ter conseguido desenvolver não só as minhas competências, cognitivas, como também técnicas e relacionais. As experiências vividas e as aprendizagens realizadas foram extremamente enriquecedoras, assim como os seus contributos para a minha prática futura enquanto EEESMO.

Profissionalmente, todo o percurso efetuado nos dois campos de estágio fortaleceu-me. Enalteço os conhecimentos adquiridos e as competências desenvolvidas como recursos essenciais para a melhoria do meu desempenho e da qualidade dos cuidados prestados. A par da evidência que mobilizei e tenho mobilizado na minha prática profissional, exercida nesta área específica, sinto agora uma maior responsabilidade quer para com o utente, alvo dos meus cuidados, quer para com a equipa multidisciplinar em que me insiro. Capacitada pelas aprendizagens realizadas, desenvolvi algumas iniciativas no meu local de trabalho quer ao nível da formação, quer ao nível da promoção de momentos de reflexão sobre as práticas, implicando-me em alguns projetos que me permitirão, enquanto futura EEESMO, proporcionar à mulher/família uma vivência mais positiva da gravidez e do parto e continuar a desenvolver as competências necessárias à condição de perito.

PARTE III - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todo o percurso realizado foi extremamente enriquecedor do ponto de vista acadêmico, profissional e pessoal. A metodologia adotada, as atividades realizadas e as experiências vivenciadas possibilitaram a consecução dos objetivos delineados no âmbito da UC, no projeto de estágio e nos descritores de Dublin.

O cuidado especializado no âmbito da saúde materna, obstétrica e ginecológica, enquadra-se numa prática de Enfermagem Avançada. Esta natureza interativa e integrativa, entre os conhecimentos e a prática, demonstrou ser essencial para o desenvolvimento das competências preconizadas, tal como se encontra documentado neste relatório.

As experiências vivenciadas permitiram o desenvolvimento da minha capacidade de compreensão e de adaptação a novas situações, aplicando e adequando os meus conhecimentos e pensamento crítico e refletindo sobre as minhas responsabilidades éticas e deontológicas enquanto futura enfermeira especialista.

No que respeita ao estágio com relatório e à temática sobre a qual incidiu, foi possível perceber na prática a forma como a dor condiciona a experiência de parto e a relevância da promoção do conforto holístico como uma das premissas do cuidar em saúde materna e obstetrícia. Não sendo a ausência de dor significado de conforto, a sua presença pode comprometer a sua concretização e a forma como a mulher vivencia o TP (Lowdermilk & Shannon , 2016). Decorrente das experiências de aprendizagem vivenciadas, consciencializei-me da importância do papel do EEESMO no controlo, avaliação e registo sistemático da dor, valorizando-a enquanto 5º sinal vital. A par da relevância desse papel emergiu o papel ativo da parturiente/família, o respeito pelas suas preferências e pela sua autodeterminação.

As medidas não farmacológicas surgem como estratégias efetivas, alternativas e/ou complementares às medidas farmacológicas, no controlo/gestão da dor, entre as quais destaco a hidroterapia. Para que a implementação destas medidas seja uma realidade, disponível a todas as parturientes que assim o desejem, será necessário por um lado dotar os serviços dos equipamentos e recursos necessários, motivar e formar os profissionais e, por outro, abordar esta temática nas consultas de vigilância de gravidez e no CPPP. O próprio conceito de dor em TP, diferenciado do conceito a

que está culturalmente associado deve ser alvo de reflexão e análise quer por parte da grávida/família, quer por parte dos profissionais e da sociedade em geral.

O dever do enfermeiro no que respeita ao controlo da dor não se remete apenas ao cuidado direto da utente/família, mas também para com a restante equipa multidisciplinar, com a instituição e com a qualidade de cuidados em geral. Este deve implicar-se ao nível organizacional, como promotor da melhoria das práticas relativas ao controlo da dor. A participação na elaboração de normas, na gestão de recursos e na mudança das políticas, na formação de pares e divulgação da evidência, são exemplo de intervenções que espelham a importância do seu papel no controlo efetivo da dor (OE, 2008, p.13-14). Todas as intervenções realizadas nesse sentido são da sua competência técnica, relacional, ética e legal (OE, 2008). A promoção de “modelos de boas práticas na abordagem da dor em todos os níveis de prestação de cuidados de saúde”, surge como uma das metas para a saúde em 2020

A um nível pessoal considero que este percurso, permitiu um maior conhecimento de mim própria, tendo agora uma maior noção das minhas capacidades e limitações. Perante as dificuldades e constrangimentos revelei ser resiliente e determinada e considero que consigo identificar as minhas fontes/ recursos de apoio e as minhas fragilidades. Apesar do cansaço, da exigência física e psicoemocional sentida permaneci sempre motivada e interessada, implicando-me ativamente na aprendizagem diária. Destaco a reflexão como o pilar do meu autoconhecimento enquanto sujeito na ação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abo-Romia, F. A., & El-Adh, A. F. (2014). Effect of Warm Showering on Labor Pain during the First Stage of Labor. *International Journal of Advanced Research*, 2(5), 438-442.
- Academia de Ciências de Lisboa; Fundação Calouste Gulbenkian. (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea* (Vol. I). Verbo. Obtido em 26 de Março de 2018
- Active Citizenship Network (2002). *Carta Europeia dos Direitos dos Doentes* . Acedido a 20 de Maio de 2018, de <http://www.europacoln.pt/Files/Ficheiros/PDFs/Downloads/Outros/cartaeurop eiadosdireitos>
- American College of Nurse - Midwives (2014). Hydrotherapy During Labor and Birth. Position statement. Acedido a 20 de Março de 2017, de <http://www.midwife.org/acnm/files/ccLibraryFiles/Filename/000000004048/Hydrotherapy-During-Labor-and-Birth-April-2014.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2014). Safe Prevention of The Primary Cesarean Delivery. *Obstetric Care Consensus*, nº1. Acedido a 12 de Dezembro de 2017, de <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Obstetric-Care-Consensus-Series/Safe-Prevention-of-the-Primary-Cesarean-Delivery>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2016). Immersion in Water during Labor and Delivery. Committee opinion nº 679. Acedido a 12 de Maio de 2017, de <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co679.pdf?dmc=1&ts=20171203T2215264533>
- American College of Obstetricians and Gynecologists (2017). Approaches to Limit Intervention during Labor and Birth. *Committee Opinion n.º 687*. Acedido de <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/co687.pdf?dmc=1&ts=20180403T1422524337>
- Alves, P. V. (2008). Equipa multiprofissional de saúde e formação em contexto de trabalho - O caso de um serviço hospitalar. *Sísifo. Revista de ciências da educação*, 5, 19-32. Acedido de https://www.researchgate.net/profile/Patricia_Alves9/publication/28211226_Equipa_multiprofissional_de_saude_e_formacao_em_contexto_de_trabalho_o_caso_de_um_servico_hospitalar/links/5710ded708ae19b18695016b.pdf
- Aparecida , C., & Domenico, E. B. (2003). Enfermagem Baseada em Evidências:Princípios e Aplicabilidades. *Rev Latino-am Enfermagem* 2003 janeiro-fevereiro; 11(1):115-8, 11(1), 115-118. Acedido de <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000100017>

- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (s.d. a). *Sobre a dor: a dor*. Acedido a 20 de Fevereiro de 2018, de <http://aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor>
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (s.d. b). *Sobre a dor: A dor como 5º sinal vital*. Acedido a 20 de Fevereiro de 2018, de <http://aped-dor.org/index.php/sobre-a-dor/a-dor-como-5-sinal-vital>
- Apóstolo, J. L. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem – análise do conceito e significados teóricos. *Referência- Revista de Enfermagem*, 11(9), 61-67. Acedido a 5 de Março de 2018, de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2133&id_revista=4&id_edicao=26
- Barbieri, M., Henrique, A. J., Chors, F. M., Gabrielloni, M. C., & Maia, N. L. (2013). Warm Shower Aspersion, Perineal Exercises with Swiss Ball and Pain in Labor. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26 (5), 478-484.
- Barros, J. A. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 68-84. Acedido em <http://scielo.br/pdf/sausoc/v11n1/08>
- Benfield, R., Hortobágyi, T., Tanner, C., Swanson, M., Heitkemper, M., & Newton, E. (2010). The effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor. *Research of Nursing*, 12 (1), 28-36. doi:10.1177/1099800410361535
- Branco, P. S. (2006). *Temas de Reabilitação. Reabilitação Aquática. Hidrocinésiterapia*. Porto: Medesign – Edições e Design de Comunicação, Lda. Acedido a 28 de Maio de 2018, de http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/764/1/Temas%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o_Hidrocinésiterapia.pdf
- Buckley, S. J. (2015). Executive Summary of Hormonal Physiology of Childbearing: Evidence and Implications for Women, Babies, and Maternity Care. *The Journal of Perinatal Education | Summer 2015, Volume 24, Number 3, 24, nº3*, 145-153. Acedido a 14 de Abril de 2018, de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4720867/pdf/JPE_Vol024-003_A3_145_153.pdf
- Burke, C. (2014). Pain in Labor: nonpharmacological and pharmacological management. Acedido a 25 de Abril de 2018, de <https://nursekey.com/pain-in-labor-nonpharmacologic-and-pharmacologic-management/>
- Campos, L., Saturno, P., & Carneiro, A. V. (2010). *Plano Nacional de Saúde 2011-2016. A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Alto Comissariado da Saúde. Acedido a 4 de Julho de 2018, de <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>
- Chicória, M. (2013). *Cuidados de Enfermagem: Uma Prática Baseada na Evidência*. Dissertação , Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

- Conselho Federal de Enfermagem (2009). *Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem*. Resolução COFEN nº 358/2009, Brasília. Acedido em http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-3582009_4384.html
- Crossetti, M. G., & Goés, M. G. (2017). Translação do conhecimento: um desafio para prática de Enfermagem. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 38(2). Acedido em <http://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/164929/001025160.pdf?sequence=1>
- Davim, R. B., Torres, G. V., & Dantas, J. C. (2009). Effectiveness of non-pharmacological strategies in relieving labor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (2), 438-445.
- Davim, R. T., Dantas, J., de Melo, E., Paiva, C., Vieira, D., & Costa, J. (2008). Showering as a non pharmacological strategy to relief the parturient pain. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 10 (3), 600-609.
- Davim, R., Torres, G., & Melo, E. (2007). Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pré-testing of an instrument. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 15 (6), 1150-1156.
- Dec-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro (1996). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Acedido em http://www.apem.com.pt/attachments/article/83/REPE_EstatutoOE_2011.pdf
- Descritores em Ciências da Saúde (2001). *Efetividade*. Acedido em 19 de Julho de 2017, de <http://decs.bvs.br>: <http://decs.bvs.br/cgi-bin/wxis1660.exe/decsserver/>
- Despacho n.º5613/2015 (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. *Diário da República*, 2.ª série — N.º 102 — 27 de maio de 2015.
- Direção Geral do Ensino Superior (2011). *O Quadro de Qualificações do Ensino Superior em Portugal. Relatório da Comissão Internacional sobre a Verificação da Compatibilidade com o Quadro de Qualificações do Espaço Europeu do Ensino Superior*. Acedido em https://wwwcdn.dges.gov.pt/sites/default/files/relatorio_referenciacao_ensino_superior_portugal_qq-eees_0.pdf
- Direção Geral da Saúde (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. DGS. Acedido a 23 de Maio de 2017, de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2013). Plano Estratégico Nacional de Prevenção e Controlo da Dor (PENPCDor). DGS. Acedido em http://aped-dor.org/images/documentos/controlo_da_dor/PENPCDor.pdf

- Direção Geral da Saúde (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. Lisboa: DGS. Acedido de www.dgs.pt.
- Direção Geral da Saúde (s.d.). *Carta dos direitos do doente internado*. Acedido a 22 de Março de 2018, de <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Diretiva 89 /594 /CEE (1989). Alteração às Diretivas 75 / 362/CEE, 77/ 452/CEE, 78 / 686 /CEE, 78 / 1026/CEE e 80/ 154 /CEE, relativas ao reconhecimento mútuo dos diplomas, certificados e outros títulos de médico, enfermeiro responsável por cuidados gerais, dentista, veterinário e parteira, respetivamente, bem como as Diretivas 75 /363 /CEE, 78/ 1027/CEE e 80/ 155 /CEE, que têm por objetivo a coordenação das disposições legislativas, regulamentares e administrativas respeitantes às atividades de médico, de veterinário e de parteira. Co. Acedido no Conselho Europeu. Jornal Oficial das Comunidades Europeias N L 341 / 19. Acedido em <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:31989L0594&from=EN>
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (2006). *Iniciativa al Parto Normal. Guía para Madres y Padres*. Acedido a 5 de Março de 2018, de <http://www.federacion-matronas.org/ipn/>
- Fertonani, H. P., Pires , D. E., Biff, D., & Scherer , M. D. (2015). Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciências & Saúde Coletiva*, 20(6), 1869-1979. Acedido em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>
- Freitas, P., & Tarrasêca, M. (2013). Aprendizagem e avaliação em ensino clínico. A teoria dos três mundos. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, Vol. 4 (2) , 4 (2), 36-47. Acedido em [http://www.ugr.es/~jett/pdf/vol04\(2\)_03_jett_freitas_terraseca.pdf](http://www.ugr.es/~jett/pdf/vol04(2)_03_jett_freitas_terraseca.pdf)
- Garcia, R. T., & Nóbrega, M. L. (2009). Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 13(1), 188-193. Acedido em <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715321025>
- Garland, D. (2000). *Waterbirth- an attitude to care* (2ª edição ed.). Books for midwives.
- Gayeski, M. E., Monticelli, M., Bruggemann, O. M., & Santos, E. A. (2015). Application of Nonpharmacological Methods to Relieve Pain during Labor: The Point View of Primiparous Women. *Pain Management Nursing*, 16(3), 273-284. doi:10.1016/j.pmn.2014.08.006
- Graça, L. M. (2017). *Medicina Materno Fetal* (5ª ed.). Lidel.
- Guedes, C. R., Nogueira, M. I., & Camargo Jr. , K. R. (2006). A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência e Saúde Coletiva*, 11(4), 1093-1103. Acedido em https://www.scielo.org/pdf/csc/2006.v11n4/1093-1103_GUEDES

- Health Foundation (2014). *Simplificando o cuidado centrado na pessoa*. Proqualis. Obtido de <http://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>
- Henrique, A. J., Gabrielloni, M. C., Rodney, P., & Barbieri, M. (2018). Non-pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety and neuroendocrine stress parameters: a randomized controlled trial. *Wiley International Journal of Nursing Practice*, 1-8. Acedido em Abril de 2018, de <https://doi.org/10.1111/ijn.12642>
- International Association for the Study of Pain (1994). *Taxonomia*. Acedido em <https://www.iasp-pain.org>: <https://www.iasp-pain.org/Taxonomy?navItemNumber=576#Pain>
- International Association for the Study of Pain (2005). *Core Curriculum for Professional Education in Pain* (3ª ed.). J. E. Charlton, Ed. IASP Press. Acedido a 2 de Abril de 2018, de <https://issuu.com/iasp/docs/core-corecurriculum>
- International Confederation of Midwives (2010). *Essencial Competences for Basic Midwifery Practice*. ICM. Acedido em <http://internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>
- Joanna Briggs Institute (s.d). The JBI Model of Evidence-based Healthcare: A model reconsidered. JBI. 1-12. Acedido em http://joannabriggs.org/assets/docs/approach/The_JBI_Model_of_Evidence_-_Healthcare-A_Model_Reconsidered.pdf
- Kabler, J. (2000). Water Immersion During Labor and Birth. Em F. H. Nichols, & S. S. Humenick, *Childbirth education : practice, research, and theory* (2ª ed., p. 731). Philadelphia: Saunders.
- Kolcaba, K. Y. (1992). *Advances in Nursing Science*, 1-10. Acedido a 5 de Março de 2018, de https://www.researchgate.net/profile/Katharine_Kolcaba/publication/21635629_Holistic_comfort_operationalizing_the_construct_as_a_nurse-sensitive_outcome/links/54eb45810cf2082851bd7130/Holistic-comfort-operationalizing-the-construct-as-a-nurse-sensitive-ou
- Lee, S., Liu, C., & Gau, M. (2013). Efficacy of warm showers in Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 42 (1), 19-28. doi:10.1111/j.1552-6909.2012.01424x
- Lei n.º 156/2015 (2015). Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais. Assembleia da República. Diário da República, I Série

(Nº 181 de 16-09-2015) 8059 - 8105.

ELI: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>

Lei n.º 15/2014 (2014). Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. Assembleia da República. Diário da República, I Série (Nº 57 DE 21-03-2024). ELI: https://dre.pt/web/guest/legislacao-consolidada/-/lc/106863378/201704281148/exportPdf/normal/1/cacheLevelPage?_LegislacaoConsolidada_WAR_drefrontofficeportlet_rp=indice

Leifer, G. (2011). *Maternity Nursing: An Introductory Text* (11ª ed.). Elsevier.

Liu, Y., Liu, Y., Huang, X., Du, C., Peng, J., Huang, P., & Zhang, J. (2014). A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion during labor and conventional labor and delivery. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 14(160), 1-7. Acedido em <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/160>

Lowdermilk, D. L., & Perry, S. E. (2011). *Saúde da Mulher e Enfermagem Obstétrica*. Brasil: Elsevier.

Lowdermilk, D. L., & Shannon, E. P. (2016). *Maternity & Women's Health Care* (11ª ed.). Elsevier.

Martins, J. M. (2003). Dor obstétrica - métodos avaliativos. Em J. A. Bismarck, *Biblioteca da Dor. Analgesia em Obstetrícia* (pp. 2-9). Lisboa: Permanyer Portugal. Acedido em 5 de Junho de 2018, de http://aped-dor.org/images/biblioteca_dor/documentos/Analgesia_em_Obstetricia.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia (2015). *Projeto Maternidade com Qualidade*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 2 de Maio de 2017, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/Maternidade_Qualidade_Resultados_2014.pdf

Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia /Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Projeto De MCEESMO –OE. Maternidade Com Qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacologicas no alivio da dor no Trabalho de Parto e Parto: Indicador de evidência*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt>: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/IN>

Mendes, F. R., Gemito, M. L., Caldeira, E. C., Serra, I., & Casas-Novas, M. V. (2017). Continuity of care from the perspective of users. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(3):843-855, 201, 22(3), 843-855. Acedido de http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n3/en_1413-8123-csc-22-03-0841.pdf

National Institute for Health Care Excellence (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190]*. NICE. Obtido em 12 de Maio

de 2017, de
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/Recommendations#pain-relief-in-labour-nonregional>

Ordem dos Enfermeiros (2008). *Dor. Guia Orientador de Boas Práticas*. Ordem dos Enfermeiros. Acedido em 15 de Fevereiro de 2018, de
<https://www.yumpu.com/pt/document/view/19997317/guia-orientador-de-bou-pratica-ordem-dos-enfermeiros>

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Livro de bolso. Enfermeiros Especialistas em Saúde Materna e Obstétrica / Parteiras*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros & Associação Portuguesa dos Enfermeiros Obstetras (2012). *Pelo direito ao parto normal. Uma visão partilhada*. Acedido em
http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf

Oiveira, I., & Serrazina, L. (2002). A reflexão e o professor como investigador. Acedido em 28 de outubro de 2017, de <http://lrc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/oprofessorcomoinvestigador.pdf>

Oladapo, O. T., Tuncalp, O., Bonet, M., Portela, A., Downe, S., & Gulmezoglu, A. M. (2018). WHO model of intrapartum care for a positive childbirth experience: transforming care of women and babies for improved health and wellbeing. *BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 1-5. Acedido em 24 de Maio de 2018, de
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1471-0528.15237>

Pedro, L., & Oliveira, S. (2016). Função da Dor no Trabalho de Parto. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 408-423. LIDEL.

Pereira, M. A. (2005). *O Primeiro Contacto Mãe- Bebê: Um Olhar Sobre as Práticas de Enfermagem*. Instituto de Ciências Biomédica Abel Salazar. Universidade do Porto. Porto. Acedido em 25 de Setembro de 2018, de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20151/2/OPRIMEIROCONTACTOPAIBEBUmOlharSobreasPraticasdeE.pdf>

Pereira, R. P. (2017). Translation nursing knowledge: A force for change in clinical practice! *14th International Conference of Nursing Research*. 27-28. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros. Acedido em 23 de Setembro de 2018, de
https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/48231/1/14%20CIIE%20eBook%20Confere%CC%82ncia_Rui%20Pereira.pdf

Pereira-Mendes, A. (2016). O Exercício Reflexivo na Aprendizagem Clínica: Subsídio para a construção do pensamento em enfermagem. *Revista Electrónica Educare, Vol. 20 Nº 1 (Janeiro- abril 2016)*, 1-23. Acedido em 27 de Junho de 2017, de <http://dx.doi.org/10.15359/ree.20-1.9>

- Peters , M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Scoping Reviews. Em E. Aromataris, & Z. Munn (Edits.), *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: The Joanna Briggs Institute. Acedido em 18 de Março de 2018, de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Pinheiro, A. A. (2016). Promoção do Parto Normal. Em *Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica*. 324-333. Lidel.
- Regulamento nº 122/2011 (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. Diário da República, II Série (Nº35 de 18-02-2011) 8648-8653. Acedido em 17 de Junho de 2017, de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>
- Regulamento nº 127/2011 (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. Assembleia da República. Diário da República, II série (N.º 35 de 18-02-2011) 8662-8666. Acedido em 17 de Junho de 2017, de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf
- Santana, L. S., Gallo, R. B., Ferreira, C. H., Quintana, S. M., & Marcolin, A. C. (2013). Effect of swoher bath on pain relief of parturients in active labor stage. *Rev Dor, abr-jun; 14 (2)*, 111-113.
- Sark, M. A. (2017). Testing the Effectiveness of Therapeutic Showering in Labor. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, may-jun. 46 (2)*, 403-410. doi:10.1097/JPN.0000000000000243
- Schuling, K. D., Sampsel, C., & Kolcaba, K. (2003). Exploring the Presence of Comfort within the Context of Childbirth. Em R. Bryar, & M. Sinclair, *Future Developments in Midwifery Theory, Practice and Research*. 1ª ed., 197-214. Basingstoke : Palgrave Macmillan. Acedido em 5 de Março de 2018, de http://www.academia.edu/475561/Exploring_the_presence_of_comfort_within_the_context_of_childbirth
- Schuling, K. D., & Sampsel, C. M. (1999). Comfort in Labor and Midwifery Art. *Journal of Nursing Scholarship, 31(1)*, 77-82. Acedido de <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/73658/j.1547-5069.1999.tb00425.x.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sigma Theta Tau International. (2005). Evidence-Based Nursing. Position Statement. Acedido de https://www.nursingrepository.org/bitstream/handle/10755/624006/Sigma_EBN_Position_Statement.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Silva, E. F., Strapasson, M. R., & Fischer, A. S. (2011). Métodos não farmacológicos de alívio da dor durante trabalho de parto e parto. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 261-271.
- Silva, D. M., & Silva, E. M. (2004). O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. *Revista Millenium*. 30.103-119 Escola Superior de Enfermagem de Viseu. Acedido de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/8.pdf>
- Silva, F. M., Oliveira, S. M., & Nobre, M. R. (2009). A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery*, 25, 286-294. doi:10.1016/j.midw.2007.04.006
- Silva, L. R., Christoffel, M. M., & Souza, K. V. (2005). História, conquistas e perspectivas no cuidado à mulher e à criança. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(4), 585-593. Acedido de <http://www.redalyc.org/html/714/71414416/>
- Sousa, R. P., Assis, A. M., Bezerra, Y. C., Neve, F. P., & Oliveira, G. F. (2018). A Desinstitucionalização do Parto: Uma Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Multidisciplinar e de psicologia*, 12(39), 891-903. Acedido em 30 de Maio de 2018, de <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/viewFile/1039/1491>
- Stark, M. A., & Miller, M. G. (2009). Barriers to the Use of labor. *JOGNN*, 38, 667-675. doi:10.1111/J.1552-6909.2009.01065.x
- Stark, M. A. (2017). Testing the Effectiveness of Therapeutic Showering in Labor. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, May-Jun. 46 (2), 403-410.
- Sullivan, D. H. (2013). A Science Perspective to Guide Evidence Based Practice. *International Journal of Childbirth Education*, 28 nº 1, 51-59.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Técnicas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem* (5ª ed.). Lusociência.
- Tuncay, S., Kaplan, S., & Tekin, O. M. (2017). An Assessment of the Effects of Hydrotherapy During the Active Phase of Labor on the Labor Process and Parenting Behavior. *Clinical Nursing Research*, 1-23. Acedido em Maio de 2017, de <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1054773817746893>
- Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem(s.d.). *UI&DE*. Obtido de ESEL: <http://www.uide.pt/apresentacao/>
- Walsh, D. (2012). *Evidence and Skills for Normal Labour and Birth. A Guide for Midwives* (2ª ed.). Routledge.
- World Health Organization (1996). *Safe motherhood- care in normal birth - a practical guide*. Geneva. Acedido em 10 de Abril de 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf
- World Health Organization (2012). *Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book*

recommendations: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportiv. WHO. Acedido de

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44774/9789241502825_eng.pdf;jsessionid=CD411641DD9058CA91555F36F145B61B?sequence=1

World Health Organization (2014). *Guideline: Delayed umbilical cord clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcome.* WHO. Acedido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148793/9789241508209_eng.pdf;jsessionid=CD411641DD9058CA91555F36F145B61B?sequence=1

World Health Organization (2015). *WHO recommendations for prevention and treatment of maternal peripartum infections.* WHO. Acedido de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186171/9789241549363_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization (2017). *WHO Recommendations on Newborn Health.* WHO. Acedido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259269/WHO-MCA-17.07-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization (2018). *WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience.* WHO. Acedido de <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=36C75F9A4FE04E49BDC258F616B78EF0?sequence=1>

Wolff, L. R., & Vasconcelos, M. A. (2004). A Institucionalização do Parto e a Humanização da Assistência: Revisão de Literatura. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 8(2), 79-285. Acedido de <http://www.redalyc.org/pdf/1277/127717713016.pdf>

White Ribbon Alliance (2011). *Respectful Maternity Care: The Universal Rights Of Childbearing Women.* Acedido a 5 de Maio de 2017, de https://www.whiteribbonalliance.org/wp-content/uploads/2017/11/Final_RMC_Charter.pdf

Yanês, A., Kljin, T. (2007). *Enfermeria Baseada en Evidencia. Barreras Y Estrategias para Su Implementacion. Ciencia Y Enfermeria XIII.* 1. 17-24. Acedido em 5 de Setembro de 2018, de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/cienf/v13n1/art03.pdf>

APÊNDICES

APÊNDICE I
Objetivos do Projeto de Estágio com Relatório

Objetivos do Projeto de Estágio com Relatório

- Identificar a evidência científica existente sobre os efeitos da hidroterapia no alívio da dor, durante o 1º estágio do trabalho de parto;
- Mobilizar a evidência científica;
- Desenvolver competências científicas, técnicas, éticas e relacionais para a prestação de cuidados à parturiente/feto/RN, inseridos na família e comunidade, com foco na hidroterapia como método não farmacológico para o controlo da dor durante o 1º estágio do trabalho de parto no âmbito da:
 - Promoção da saúde da parturiente e a adaptação do recém-nascido à vida extrauterina;
 - Diagnóstico precoce e prevenção de complicações para a saúde da mulher e do recém-nascido;
 - Prestação de cuidados à mulher com patologia associada e/ou concomitante com a gravidez e ou com o trabalho de parto.
- Cumprir os requisitos preconizados pela diretiva da união europeia (art.º 27 da diretiva 89/594/UE de 30 de outubro de 1989)
- Desenvolver capacidade de reflexão inerente ao percurso de desenvolvimento de competências.

APÊNDICE II
Protocolo da *Scoping Review*

OS EFEITOS DA HIDROTERAPIA NO ALÍVIO DA DOR DA PARTURIENTE, NO PRIMEIRO ESTÁDIO DO TRABALHO DE PARTO: UM PROTOCOLO DE SCOPING REVIEW

Filipa Lopes¹

¹ Enfermeira de cuidados gerais na Unidade Materno Infantil na Clínica de Santo António, Lusíadas

1. OBJETIVO/ QUESTÃO DE PESQUISA

Objetivo: mapear a evidência científica existente sobre os efeitos da hidroterapia no alívio da dor da parturiente durante o primeiro estágio do TP

Questão de pesquisa: quais os efeitos da hidroterapia no alívio da dor da parturiente, durante o primeiro estágio de trabalho de parto?

A formulação da questão de revisão baseou-se na mnemónica PCC (Peters, et al., 2017):

Acrónimo	P (População)	C (Conceito)	C (Contexto)
Descrição das componentes	Female; Parturient; Women; Expectant mother	Hydrotherapy; Shower, Bath; Immersion	Labor; Labor First Stage; Delivery; Childbirth

2. BACKGROUND

Dor e trabalho de parto são dois conceitos indissociáveis. Durante o trabalho de parto a mulher experiencia uma das sensações de dor mais intensas.

A compreensão da dor como um conceito multidimensional e subjetivo, ganha especial relevância no contexto de trabalho de parto e a sua gestão assume-se como um aspeto essencial do cuidado intraparto. O cuidado prestado durante o trabalho de parto inclui a promoção de um ambiente de suporte e de capacitação da parturiente/família, respeitando as suas preferências, incluindo as que incidem na

gestão da dor. A utilização de métodos não farmacológicos no seu alívio promove não só a melhoria da sensação física da dor como a alteração da sua percepção, integrando o modelo de cuidados intraparto definido pela WHO (Oladapo, et al., 2018). Neste modelo, no qual a parturiente assume um papel central, recomenda-se, entre outras medidas, a adoção de medidas não farmacológicas para o alívio da dor, contribuindo para uma experiência de parto mais positiva para a mulher/ recém-nascido e família. Também a nível nacional, incluído no projeto “Maternidade com qualidade”, a promoção do uso de medidas não farmacológicas no conforto e alívio da dor durante o TP e parto, surge como um dos objetivos estratégicos (MCEESMO/OE, 2012).

A OE (2012) na sua iniciativa denominada “Pelo direito ao parto normal- um visão partilhada”, define então como duas das importantes funções do enfermeiro obstetra: “Possuir e explicar sistematicamente conhecimentos e métodos que otimizam o desenvolvimento fisiológico da gravidez, trabalho de parto, nascimento, amamentação e pós parto” e “facultar medidas de conforto e métodos de alívio da dor, informando sobre os seus benefícios para favorecer o nascimento normal e evitar danos desnecessários” (OE, 2012).

A disponibilização da aplicação da água quente quer através da imersão quer do através duche é recomendada por várias entidades como uma prática segura e efetiva quer na promoção do processo fisiológico do trabalho de parto quer no alívio da dor da parturiente (ACOG, 2016; OE, 2005; NICE, 2014; WHO, 2018; UNICEF, UNFPA, & WHO (2015).

Nas mais diversas culturas e religiões, a água encontra-se frequentemente associada não só à tranquilidade, ao conforto e ao relaxamento, mas também ao nascimento e a rituais de cura e de passagem. Encontra-se também documentada a sua utilização para fins terapêuticos, através da sua aplicação externa. De acordo com os descritores em Ciências da Saúde (2011), define-se o conceito de hidroterapia como a aplicação externa da água para fins terapêuticos, com ênfase na temperatura da água e no seu movimento.

A aplicação da hidroterapia no trabalho de parto e o interesse pelo seu estudo teve como pioneiros Tjarkovsky (1960), inspirado pelo trabalho de Leyboyer, Michel Odent (1980) e Michael Rosenthal nos EUA em 1985. Michel Odent, tendo como enfoque a influência do ambiente envolvente na capacidade da mulher em parir, defende que a água é o meio que melhor promove a calma, o relaxamento, a

segurança e a confiança necessária para o desenrolar do trabalho de parto. Para Odent, esse ambiente está intimamente relacionado com a privacidade, a intimidade, a tranquilidade, a liberdade de movimento e de escolha pela posição do parto, associada à presença e ao apoio de alguém significativo. Em 1985, Michael Rosenthal cria nos Estados Unidos o primeiro centro de parto em que, acreditando que a mulher deveria ter controlo sobre o seu parto, era dada a parturiente a possibilidade de optar pelo uso da água quente, sob a forma de imersão, para a obtenção de conforto e alívio da dor (Garland, 2000).

Estão de facto descritos vários benefícios associados à hidroterapia, não sendo estes exclusivamente físicos, mas também psicológicos. Entre estes encontram-se a promoção do relaxamento, o alívio da dor, a diminuição da pressão exercida nos músculos abdominais, o favorecimento da mobilidade e da mudança de posição, a redução da pressão sanguínea, a inibição das catecolaminas e da necessidade de indução do trabalho de parto e do uso de oxitocina (Garland, 2000). Muitos destes benefícios são explicados pelo seu efeito hidrostático, hidrocínético e hidrotérmico.

Não estando ainda estabelecida a segurança e eficácia da imersão no segundo estágio do trabalho de parto, assim como a sua associação a benefícios materno-fetais (ACOG, 2016), define-se como contexto desta revisão, apenas a implementação da hidroterapia durante o primeiro estágio do trabalho do parto.

Através desta *scoping review*, pretendo mapear a evidência existente sobre os efeitos da hidroterapia, enquanto medida não farmacológica na gestão da dor, para que, após a sua identificação e análise crítica, possa sustentar a minha prática, mobilizando-a para o contexto da prestação de cuidados e promovendo a melhoria dos mesmos.

3. PALAVRAS-CHAVE

Hydrotherapy, labor pain, pain management

4. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Estudos quantitativos;
- Publicados a partir de 2007;
- Publicados em língua inglesa e portuguesa;
- Trabalho de parto assistido em meio hospitalar;

- Gestão da dor efetuada através da hidroterapia sob a forma banho de imersão ou duche;
- Parturientes no 1º estágio do trabalho de parto.

5. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Nesta revisão *scoping* consideram-se como critérios de exclusão a omissão dos critérios de inclusão.

6. ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Nesta revisão será utilizada uma estratégia de pesquisa por três etapas.

Recorrendo a plataforma *EBSCO*, realizarei a pesquisa nas bases de dados *CINAHL Plus With Full Text*, *MEDLINE with Full Text* e *Cochrane Central Register for Controlled Trials*. Pesquisarei ainda nas bases de dados *Scopus*, na *Isi Web of Knowledge* e no sistema de busca eletrónico Google Académico. As expressões de pesquisa resultarão da combinação dos descritores, em linguagem natural e em linguagem indexada, através dos operadores booleanos OR e AND.

A estratégia de pesquisa preconizada visa encontrar estudos publicados e não publicados, sendo realizada em três etapas. Primeiramente procederei a uma pesquisa inicial nas bases de dados mencionadas, recorrendo aos termos em linguagem natural. Através desta primeira pesquisa, identificarei as palavras-chave e os termos indexados, utilizados na segunda etapa da revisão. Por último, identificarei artigos adicionais, incluídos nas referências bibliográficas dos estudos que responderem positivamente aos critérios de inclusão. A seleção dos artigos será efetuada através da leitura do título, do resumo e sempre que existirem dúvidas, do texto integral.

7. EXTRAÇÃO DE DADOS

Os dados serão extraídos dos artigos incluídos na *scoping review* e apresentados sobre a forma de um quadro resumo que expresse, de forma lógica e sumariada, as informações mais relevantes, relativas ao ano de publicação, autor, título do artigo, fonte, tipo de estudo e contexto.

8. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

De acordo com as orientações metodológicas do JBI (2017), os resultados serão apresentados sobre a forma de quadro e de um resumo descritivo, de acordo com a questão de pesquisa, que constará no projeto de estágio de relatório.

9. CONFLITOS DE INTERESSE

A autora deste protocolo declara não haver conflitos de interesse.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Garland, D. (2000). *Waterbirth- an attitude to care* (2ª edição ed.). Books for midwives.
- Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia /Ordem dos Enfermeiros (2012). *Projeto De MCEESMO –OE. Maternidade Com Qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacologicas no alivio da dor no Trabalho de Parto e Parto: Indicador de evidência*. Acedido de <http://www.ordemenfermeiros.pt>: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/IN>
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Pelo direito ao parto normal. Uma visão partilhada*. Acedido de http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/documents/livro_parto_normal.pdf
- Peters , M. D., Godfrey, C., McInerney, P., Soares, C. B., Khalil, H., & Parker, D. (2017). Scoping Reviews. Em E. Aromataris, & Z. Munn (Edits.), *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: The Joanna Briggs Institute. Acedido em 18 de Março de 2018, de <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>
- Regulamento nº 127/2011. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia. *Diário da República, 2.ª série — N.º 35*. Acedido em Junho 17, 2017, de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento%20127_2011_CompetenciasEspecifEnfSMObst_Ginecologica.pdf
- United Nations International Children's Emergency Fund, United Nations Population Fund, & World Health Organization (2015). *Integrated Management of Pregnancy and childbirth. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: a guide for essential practice* (3ª ed.). World Health Organization. Acedido em Maio 12, 2017, de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249580/1/9789241549356-eng.pdf?ua=1>
- World Health Organization (1996). *Safe motherhood- care in normal birth - a practical guide*. Geneva. Acedido em Abril 10, 2017, de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63167/1/WHO_FRH_MSM_96.24.pdf

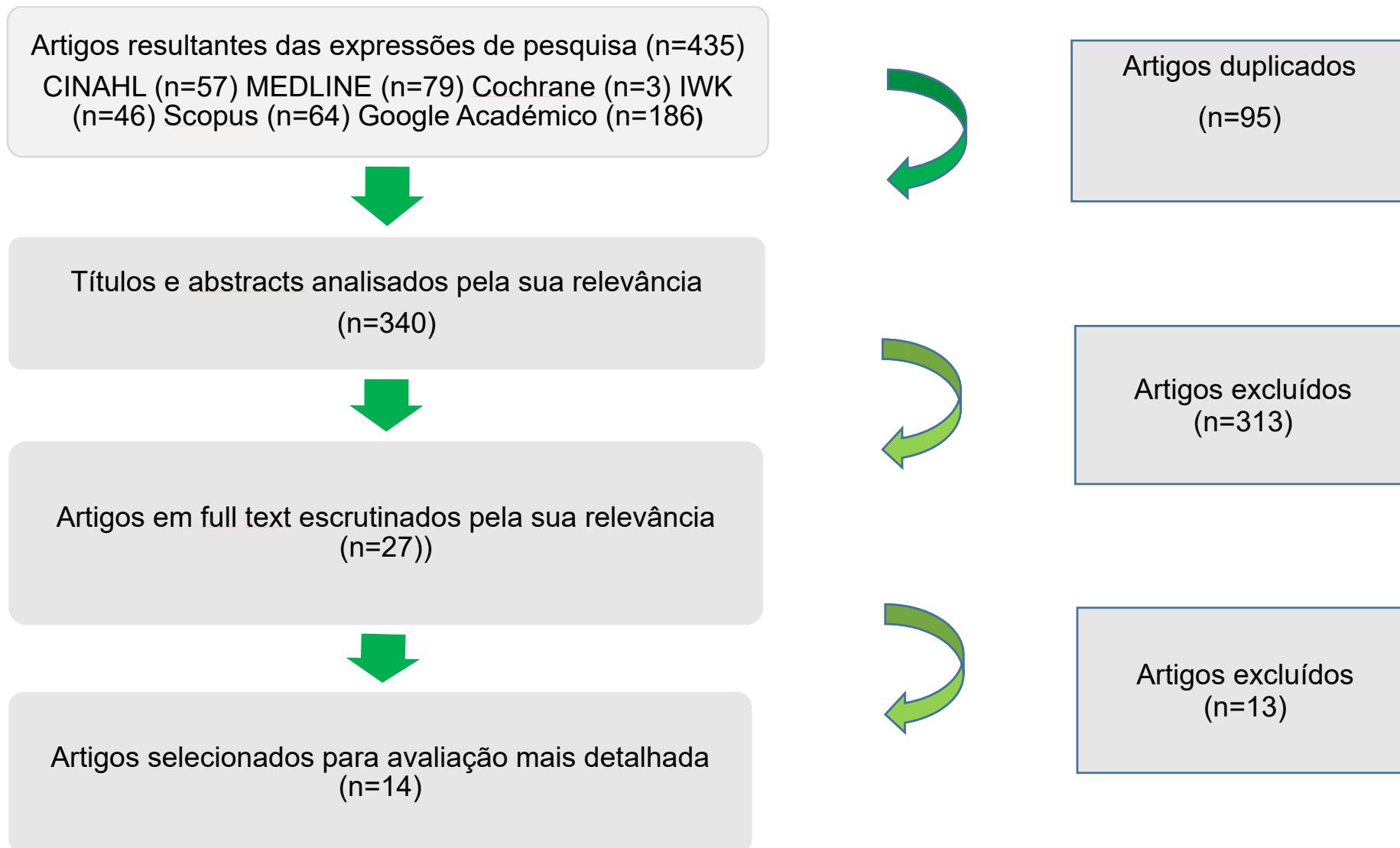
APÊNDICE III
Resumo da Estratégia de Pesquisa

Resumo da Estratégia de Pesquisa

<i>Cinahl Plus With Full Text</i>	<i>MEDLINE with Full Text</i>	<i>Cochrane Central Register of Controlled Trials</i>	<i>Scopus</i>	<i>Isi Web of Knowledge.</i>	<i>Google Acadêmico</i>
[(MM "Hydrotherapy" OR MM "Bathing and Baths" OR "shower#" OR MM "Pregnancy")] AND [(MM "Labor Pain" OR MM "Labor" OR MM "Labor stage, first")]	[(MM "Hydrotherapy") OR (MM "Immersion") OR ("shower#" OR (MM "Baths"))] AND [("Female") OR (MM "Pregnancy") OR ("MM Women") OR ("Expectant Mother") OR (MM "Labor Pain")] AND [("Labor") OR (MM "Labor stage, first") OR (MM "Delivery, Obstetric") OR (MM "Parturition")]	[(ZU "Hydrotherapy") OR (ZU "hydrotherapy methods") OR (ZU "Hydrotherapy nursing") OR (ZU "Immersion") OR (ZU "Baths")] AND [(ZU "Female") OR (ZU "Labor first stage")] AND [(ZU "Labor pain") OR (ZU "Labor pain nursing") OR (ZU "Labor pain therapy")]	[(ALL hydrotherapy") OR (ALL "shower")] AND [(ALL "female") OR (ALL "expectant mother")] AND (ALL "labor pain") AND [(ALL "labor") OR (ALL "labor first stage") OR (ALL "delivery")]	[(TS=Hydrotherapy) OR (TS=Shower) OR (TS=Bath)] AND [(TS=Parturient) OR (TS=Expectant Mother) OR (TS=Female)] AND [(TS= Labor first stage) OR (TS=Childbirth) OR (TS=Delivery)]	Hydrotherapy Labor Pain AND Labor Stage First AND RCT. Artigos com a expressão "Labor Pain".
Limitador temporal: 2007-2017					
57	79	3	64	46	186

APÊNDICE IV
Fluxograma de Pesquisa

Fluxograma de Pesquisa



APÊNDICE V
Resumo dos estudos identificados na *Scoping Review*

Resumo dos estudos identificados na *Scoping Review*

ANO	AUTOR	TITULO	FONTE	ESTUDO	CONTEXTO
2007	Davim, R., Torres, G., & Melo	Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pré-testing of an instrument	Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE), 15 (6), pp. 1150-115	Estudo descritivo, quase experimental, não randomizado, estudo Pré e pós intervenção terapêutica.	Unidade de parto Humanizado da Maternidade Escola de Januário Cicco, Natal, Brasil
2008	Davim, R. T., Dantas, J., de Melo, E., Paiva, C., Vieira, D., & Costa, J.	Showering as a non pharmacological strategy to relief the parturient pain	Revista Eletronica de Enfermagem, 10 (3), pp. 600-609	Ensaio Clínico do tipo Pré e pós intervenção terapêutica	Unidade de parto humanizado da maternidade Escola Januário Cicco. Natal, Brasil
2009	Davim, R. B., Torres, G. V., & Dantas, J. C.	Effectiveness of non-pharmacological strategies in relieving labor pain	Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43 (2), pp. 438-445	Ensaio Clínico do tipo Pré e pós intervenção terapêutica	Unidade de parto humanizado da maternidade Escola Januário Cicco. Natal, Brasil
2009	Silva, F. M., Oliveira, S. M., & Nobre, M. R.	A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain	Midwifery, 25, pp. 286-294	Estudo randomizado	Maternidade Amparo Maternal em São Paulo, Brasil
2010	Benfield, R., Hortobágyi, T., Tanner, C., Swanson, M.,	The effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and	Research of Nursing, 12 (1), pp. 28-36	Estudo piloto (desenho pré teste - pós teste)	2 Clínicas obstétricas de baixo risco do “County Health Department”, da “University’s School of Medicine” e de duas

	Heitkemper, M., & Newton, E.	Contraction Dynamics During Labor			clínicas obstétricas privadas, EUA
2013	Barbieri, M., Henrique, A. J., Chors, F. M., de Lira Maia, N., & Gabrielloni, M. C.	Warm Shower Aspersión, Perineal Exercises with Swiss Ball and Pain in Labor	Acta Paulista de Enfermagem, 26 (5), pp. 478-484	Estudo clínico experimental ou de intervenção, randomizado e cego recorrendo ao desenho pré teste e pós teste, com medidas repetidas	Centro De Parto Normal Intra-Hospitalar vinculado ao Sistema único de saúde. São Paulo, Brasil
2013	Lee, S., Liu, C., & Gau, M.	Efficacy of warm showers in Labor Pain an Birth Experiences During the First Labor Stage	Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 42 (1), pp. 19-28.	Estudo randomizado	Maternidade de Taipei City, Tailândia
2013	Santana, L. S., Gallo, R. B., Ferreira, C. H., Quintana, S. M., & Marcolin, A. C..	Effect of shower bath on pain relief of parturients in active labor stage.	Rev Dor, abr-jun; 14 (2), pp. 111-113	Ensaio Clínico controlado do tipo intervenção terapêutica	Centro de referência da saúde da Mulher de Ribeirão Preto – MATER
2014	Abo-Romia, F. A., & El-Adh, A. F.	Effect of Warm Showering on Labor Pain during the First Stage of Labor	International Journal of Advanced Research, 2(5), pp. 438-442.	Estudo randomizado intervencional	Hospital Privado de Almatrentaih Alexandria, Egypt
2014	Liu, Y., et al	A comparison of maternal and neonatal outcomes between water immersion	<i>BMC Pregnancy and Childbirth</i> . 2014, 14:160	Ensaio Clínico do tipo Pré e pós intervenção terapêutica	Departamento de Obstetrícia do Hospital Sun Yat-sen Memorial, Sun Yat-sen University

		during labor and conventional labor and delivery			China
2015	Gayesky, M.E, Monticelli,M., Bruggemann, O.M., & Santos, E. A.	Application of Nonpharmacological Methods to Relieve Pain during Labor: The Point View of Primiparous Women	Pain Management Nursing, 16(3), pp. 273-284.	Estudo transversal	Maternidade de um Hospital Universitário no Sul do Brasil
2017	Sark, M. A.	Testing the Effectiveness of Therapeutic Showering in Labor	Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, May-Jun. 46 (2), Pp. 403-410.	Ensaio Clínico do tipo Pré e pós intervenção terapêutica	Hospital do Sudoeste do Michigan
2017	Tuncay, Kaplan, & Tekin	An Assessment of the Effects of Hydrotherapy During the Active Phase of Labor on the Labor Process and Parenting Behavior	Clinical Nursing Research pp.1 –23	Estudo quasi-experimental	Sala de partos do Women's Health Education and Research Hospital em Ankara, Turquia
2018	Henrique, Gabrielloni, Rodney, & Barbieri	Non-Pharmacological interventions during childbirth for pain relief, anxiety and neuroendocrine stress parameters	International Journal of Nursing Practice (2018), e12642	Estudo randomizado	Dois Hospitais em São Paulo, Brasil

APÊNDICE VI

Planeamento da Norma: Hidroterapia. Aplicação externa de água de duche para alívio da dor no 1º estágio do trabalho de parto



8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

PLANEAMENTO DA NORMA

Hidroterapia

**Aplicação externa de água através de duche
para alívio da dor no 1º estágio do trabalho de
parto**

Filipa Lopes nº 7415

Professora Orientadora: Alexandra Tereso

Lisboa

2018

INTRODUÇÃO

Este documento surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio com Relatório do 8º Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, correspondendo ao planeamento da norma respeitante à utilização da hidroterapia sob a forma de duche, enquanto estratégia não farmacológica para o alívio da dor no primeiro estágio de trabalho de parto.

No contexto da prática foi identificada a necessidade da sua realização, de modo a serem estabelecidas as orientações relativas à aplicação da hidroterapia, assim como da divulgação e mobilização da evidência que a sustenta. A par deste diagnóstico de formação, esta norma enquadra-se na norma de orientação clínica referente à utilização de medidas não farmacológicas, que se encontra a ser realizada no serviço em causa. Este documento e respetiva norma, foram realizados sob a supervisão da Sra. Enfermeira Orientadora do local de estágio e da Sra. Prof.^a Alexandra Tereso, correspondendo a uma atividade que não só vai ao encontro das necessidades de formação do serviço em causa, como também permite atingir o objetivo delineado no âmbito do projeto de estágio com relatório, correspondente ao desenvolvimento de uma prática baseada na evidência.

Uma norma corresponde a uma ferramenta que promove a transmissão do conhecimento auxilia no exercício da prática e no processo de tomada de decisão clínica, possibilitando aos utentes beneficiar dos avanços do conhecimento e da melhor evidência disponível. Por sua vez define-se como competência comum do enfermeiro especialista desempenhar o papel de “facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (Regulamento nº 122/2011, 2011, p. 8653).

Este documento integra o planeamento da realização da norma e sua divulgação. Numa primeira parte, referente à realização constarão os seus objetivos, período de elaboração e data prevista de entrega, a população alvo, os utilizadores da mesma e um breve enquadramento teórico. No que diz respeito à sua divulgação, apresentarei a respetiva data, local, destinatários, duração da apresentação e recursos necessários.

1. PLANEAMENTO DA NORMA

1.1 Título: Hidroterapia. A aplicação externa da água através de duche para alívio da dor no 1º estágio do trabalho de parto.

1.2 Período de execução: junho de 2018

1.3 Data de entrega para avaliação: 22 de junho de 2018

1.4 Conteúdos a abordar na norma:

- Objetivos;
- População alvo;
- Utilizadores;
- Definições, Conceitos e Fundamentos;
- Fluxograma;
- Recursos, equipamentos/material;
- Procedimentos;
- Referências bibliográficas.

1.5 Objetivos:

- Uniformizar as intervenções dos enfermeiros relativamente à aplicação externa da água através do duche para o alívio da dor, no 1º estágio do trabalho de parto, no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia e Bloco de Partos;
- Promover a melhoria da qualidade dos cuidados prestados;
- Assegurar uma prática baseada na evidência;
- Facilitar a integração dos novos elementos de Enfermagem.

1.6 População alvo: Todas as parturientes admitidas no Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia.

1.7 Utilizadores: Os Enfermeiros do Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia.

1.8 Enquadramento teórico:

Indo ao encontro de um parto mais humanizado e de uma experiência de parto mais positiva para a mulher/ recém-nascido e família, a utilização de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor, surge como uma recomendação de entidades nacionais e internacionais e como uma das componentes de alguns modelos de cuidados intraparto (NICE, 2014; WHO, 2018). Estas medidas visam melhorar a sensação física associada à dor e a sua perceção psicoemocional (MCEESMO/OE, 2012). O relaxamento proporcionado promove a redução do stress, sentimentos de ansiedade, medo e insegurança que condicionam a perceção da dor e a própria evolução do trabalho de parto. Para além destes aspetos permite ainda a vivência de um parto mais natural, no qual a parturiente assume um papel mais ativo neste processo fisiológico, surgindo como medida alternativa ou complementar às medidas farmacológicas. Na sua maioria, estas estratégias são de fácil acesso e aplicação, económicas e sem efeitos secundários associados (Lowdermilk & Shannon , 2016). Entre estas encontra-se a hidroterapia.

De acordo com os Descritores em Ciências da saúde (2018), define-se hidroterapia como a aplicação externa da água para fins terapêuticos, com especial ênfase na sua temperatura e movimento (DeCS, 2018). Esta poderá ser aplicada quer sob a forma de imersão, quer sob a forma de duche. Os benefícios da hidroterapia são hoje reconhecidos como evidência, com ênfase nas propriedades da água e os seus efeitos quer ao nível fisiológico, quer ao nível psicoemocional da parturiente. Apesar de existirem alguns estudos relativos à efetividade desta medida, não existem indicações/orientações concretas no que respeita à utilização do duche terapêutico, nomeadamente no que concerne à sua duração e à temperatura da água. Neste âmbito, no que respeita à duração do duche, deverá ser possibilitado à mulher que esta mantenha a aplicação da água

durante o período de tempo desejável pela mesma, desde que assegurado o seu bem-estar e vigilância adequada. Nos estudos realizados que confirmaram a efetividade desta medida, a duração preconizada para a aplicação da água sobre a forma de duche variou entre os 20-30 minutos. A maioria dos autores recomenda a utilização da água quente, apesar de existir um estudo que utilizou água à temperatura ambiente e obteve resultados positivos sobre a efetividade da medida (Davim,2008). Está associado um efeito sedativo e relaxante à aplicação de água com temperaturas entre os 35 e os 38 °C (Branco, 2006, p. 60), podendo ser ajustada de acordo com a preferência da parturiente.

A efetividade do duche terapêutico no alívio da dor da parturiente, no primeiro estágio do trabalho de parto é referido por vários autores (Abo-Romia & El-Adh, 2014; Barbieri, et al.2013; Davim, et al, 2008, 2009; Gayeski et al., 2015; Lee, et al,2013; Santana, 2013; Stark, 2017). Como resultados dos estudos referidos realça-se que:

- a aplicação de água quente através do chuveiro promove um alívio rápido da dor (Stark,2017; Lee, et al.,2013);
- é uma estratégia de fácil aplicação e que não implica formação específica dos profissionais nem custos adicionais (Santana, et al., 2013; Lee, et al., 2013);
- não apresenta riscos previsíveis nem efeitos secundários associados (Barbieri, et al., 2013; Santana, et al.,2013);
- a sua utilização pode ser concomitante com outras medidas não farmacológicas (Barbieri, et al., 2013).

2. DIVULGAÇÃO DA NORMA

2.1 Data de apresentação: 9 de julho de 2018

2.2 Local: sala 4

2.3 Formadores: aluna do 8º CMESMO, da ESEL

2.4 Formandos: equipa de Enfermagem do SUOG e BP

2.5 Metodologia: expositiva, interativa, participativa.

2.6 Objetivos da sessão:

- Apresentar a norma relativa à utilização da hidroterapia sob a forma de duche;
- Divulgar a evidência existente sobre a aplicação externa de água através de duche, para alívio da dor no 1º estágio do trabalho de parto;
- Promover momentos de reflexão e discussão sobre a utilização da hidroterapia como estratégia não farmacológica para o alívio da dor da parturiente.

2.7 Recursos materiais: Projetor de imagem “data-show”

2.8 Duração: 30 minutos.

2.9 Avaliação da sessão: submissão do instrumento institucional para a avaliação das sessões formativas. Expressão verbal da opinião dos formandos, no final da respetiva sessão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abo-Romia, F. A., & El-Adh, A. F. (2014). Effect of Warm Showering on Labor Pain during the First Stage of Labor. *International Journal of Advanced Research*, 2(5), 438-442.
- Benfield, R., Hortobágyi, T., Tanner, C., Swanson, M., Heitkemper, M., & Newton, E. (2010). The effects of Hydrotherapy on Anxiety, Pain, Neuroendocrine Responses, and Contraction Dynamics During Labor. *Research of Nursing*, 12 (1), 28-36. doi:10.1177/1099800410361535
- Branco, P. S. (2006). *Temas de Reabilitação. Reabilitação Aquática. Hidrocinesiterapia*. Porto: Medesign – Edições e Design de Comunicação, Lda. Acedido em 28 de Maio de 2018, de http://repositorio.chlc.min-saude.pt/bitstream/10400.17/764/1/Temas%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o_Hidrocineterapia.pdf
- Davim, R. B., Torres, G. V., & Dantas, J. C. (2009). Effectiveness of non-pharmacological strategies in relieving labor. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 43 (2), 438-445.
- Davim, R. T., Dantas, J., de Melo, E., Paiva, C., Vieira, D., & Costa, J. (2008). Showering as a non pharmacological strategy to relief the parturient pain. *Revista Eletronica de Enfermagem*, 10 (3), 600-609.
- Davim, R., Torres, G., & Melo, E. (2007). Non-pharmacological strategies on pain relief during labor: pré-testing of an instrument. *Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE)*, 15 (6), 1150-1156.
- Gayeski, M. E., Monticelli, M., Bruggemann, O. M., & Santos, E. A. (2015). Application of Nonpharmacological Methods to Relieve Pain during Labor: The Point View of Primiparous Women. *Pain Management Nursing*, 16(3), 273-284.
- Lee, S., Liu, C., & Gau, M. (2013). Efficacy of warm showers in Labor Pain and Birth Experiences During the First Labor Stage. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 4
- Lowdermilk, D. L., & Shannon, E. P. (2016). *Maternity & Women's Health Care* (11^a ed.). Elsevier.
- Mesa do Colégio da Especialidade em Saúde Materna e Obstetrícia /Ordem dos Enfermeiros(2012). *Projeto De MCEESMO –OE. Maternidade Com Qualidade. Promover e aplicar medidas não farmacologicas no alivio da dor no Trabalho de Parto e Parto: Indicador de evidência*. Acedido em <http://www.ordemenfermeiros.pt>: <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/MaternidadeComQualidade/IN>
- National Institute for Health Care Excellence (2014). *Intrapartum care for healthy women and babies. Clinical guideline [CG190]*. NICE. Acedido em 12 de Maio de 2017, de <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/>
- Regulamento nº 122/2011. (2011). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2^a serie - nº35. Acedido em 17 de Junho de 2017,

de http://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/01/Regulamento_122_2011.pdf

- Santana, L. S., Gallo, R. B., Ferreira, C. H., Quintana, S. M., & Marcolin, A. C. (2013). Effect of swoher bath on pain relief of parturients in active labor stage. *Rev Dor, abr-jun; 14* (2),.111-113.
- Sark, M. A. (2017). Testing the Effectiveness of Therapeutic Showering in Labor. *JOURNAL OF PERINATAL & NEONATAL NURSING, may-jun. 46* (2), 403-410.
doi:10.1097/JPN.0000000000000243
- Silva, F. M., Oliveira, S. M., & Nobre, M. R. (2009). A randomised controlled trial evaluating the effect of immersion bath on labour pain. *Midwifery, 25*, 286-294.
doi:10.1016/j.midw.2007.04.006